

SÓNIA ISAURA LELA DOS SANTOS LAMEIRÃO

**Gestão Hospitalar e o uso dos Sistemas de
Informação: Aplicação ao CHVR-PR**

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Vila Real, Novembro de 2007

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Gestão Hospitalar e o uso dos Sistemas de
Informação: Aplicação ao CHVR-PR**

De:

Sónia Isaura Lela dos Santos Lameirão

Orientadores:

Prof.^a Doutora Fernanda Nogueira

Prof. Doutor Vitor Rodrigues

Vila Real, Novembro de 2007

Este trabalho foi expressamente elaborado como tese original para o efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Ào Rui, Diogo e Tiago

AGRADECIMENTOS

Para a concretização da investigação que aqui se apresenta encontraram-se envolvidas, directa ou indirectamente, várias pessoas. A todos em geral, manifestamos incondicionalmente a nossa profunda gratidão e sincero reconhecimento, numa única palavra, obrigado(a).

Todavia, aos que mais de perto nos acompanharam nesta investigação deixamos aqui, uma particular referência. Assim, o nosso bem-haja:

- À Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, na pessoa do seu Magnífico Reitor, Senhor Professor Doutor Armando Mascarenhas Ferreira, pela possibilidade concedida da realização deste estudo nesta Instituição Universitária;
- Ao CHVR-PR, na pessoa da Enfermeira Directora – Enfermeira Antonieta Alves, pelas facilidades concedidas, visando a formação e a valorização dos seus recursos humanos;
- À Prof.^a Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira e Prof^o Vítor Manuel Correia Pereira Rodrigues, desde logo por terem aceite ser nossos orientadores, mas também pelos valiosos ensinamentos transmitidos, sugestões e críticas facultadas, pela prontidão na revisão dos diversos manuscritos em todos os momentos de preparação do estudo. Ainda e igualmente, pela amizade, simpatia e permanente disponibilidade, manifestadas ao longo de todo o período de investigação, tendo sido inestimáveis para a prossecução da mesma. Tudo isso nos apraz aqui reconhecer;
- Aos médicos, enfermeiros e administrativos do CHVR-PR, que prontamente nos acolheram com grande profissionalismo, partilhando connosco algumas das suas experiências como profissionais utilizadores de um SI hospitalar, preenchendo os questionários;
- Aos Chefes e Responsáveis dos serviços da área da medicina, de enfermagem e administrativa pela amabilidade em colaborar na distribuição e recolha dos questionários. Só assim foi possível a realização dos objectivos propostos para a elaboração desta investigação;
- Aos amigos que, de diferentes formas, proporcionaram solidariedade e estímulo, frequentes e enriquecedoras trocas de impressões, traduzidas em apoio, incentivo e

sugestões, paciência e tempo tomados: Professora Fernanda Neto, Prof^a Doutora Rosário Alves, Dr.^a Filipa Gomes, Eng.^o Lucas Ribeiro, Doutora Sónia Proença;

- À Senhora D. Manuela Mourão, pela paciência e dedicação com que configurou a versão final desta tese;
- Por último, mas não somenos proeminente, a toda a nossa família e amigos, pelo incentivo, tolerância, paciência e compreensão demonstradas na presença de que se viram privados e cuja afectividade foi fundamental para a concretização desta tese.

RESUMO

Com o novo conceito de gestão hospitalar, mais orientado para uma gestão de tipo empresarial, consagrando e consolidando linhas de força de formas inovadoras de gestão, no sentido de otimizarem a sua actividade, deparamo-nos com um novo paradigma, onde parece não haver dúvidas que de uma forma geral, o funcionamento adequado das organizações de saúde, passa pelo controle da informação e também por combinar a satisfação dos profissionais de saúde. Nestas organizações, é imprescindível, um Sistema de Informação (SI) automatizado e estruturado, que permita responder às mudanças estruturais necessárias à sua revitalização, melhorando a qualidade do atendimento dos clientes, ao mesmo tempo que otimiza a gestão da informação e, por consequência, a gestão organizacional, além de permitir a integração com outros sistemas de informação externos, ligados à rede de saúde.

Estes e outros aspectos, levam-nos a partir para esta investigação com a percepção de que a introdução dos SI no Centro Hospitalar Vila Real – Peso da Régua (CHVR-PR), iriam conduzir a uma melhoria generalizada das práticas da gestão, através de uma maior satisfação de todos os seus profissionais. Esta percepção levou-nos, de imediato, à colocação das seguintes questões inerentes à nossa hipótese de investigação: Estará a satisfação dos profissionais utilizadores do SI do CHVR-PR, relacionada com o seu desempenho no próprio sistema? Ou, será que a satisfação está relacionada com a forma como se deu o processo de implementação do SI hospitalar? Ou ainda, qual a percepção dos utilizadores internos (médicos, enfermeiros e administrativos) sobre o impacto da introdução dos SI na gestão organizacional? Foi a estas e outras questões que tentamos dar resposta, ao longo de toda a nossa investigação.

Metodologicamente, começamos por desenvolver um suporte teórico que nos permitisse identificar, analisar, relacionar e melhor compreender a gestão hospitalar tendo por base a utilização de Sistemas de Informação. De seguida, e, com base nos conhecimentos que fomos acumulando, sobre o tema em questão, nos contactos formais e informais que fomos estabelecendo foi, por nós, aplicado um questionário a médicos, enfermeiros e administrativos, do CHVR-PR, utilizadores de um sistema de informação, em períodos diferentes. Para os médicos e administrativos, o questionário foi aplicado entre os meses de Maio e Junho de 2006; para os enfermeiros, o questionário foi aplicado nos meses de Outubro e Novembro de 2006. Os dados obtidos, foram processados informaticamente, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 14.

Os resultados obtidos, para além de nos darem a conhecer o percurso pessoal e profissional dos utilizadores do SI e a sua percepção sobre a utilização do mesmo, permitem-nos concluir, que uma maneira geral, os profissionais de saúde, se encontram satisfeitos com a utilização do SI, na medida em que este permite a obtenção de uma maior eficiência organizacional, melhorando a gestão das suas práticas diárias.

Palavras-chave: Gestão, Gestão Hospitalar, Sistemas de Informação, Satisfação Profissional.

ABSTRACT

With the new concept of hospital management, more guided to an enterprise point of view, consolidating force lines of innovated forms of management, in order to optimise their activity, we face upon a new paradigm, where seems to be no doubts that, in general, the adequate function of health organizations goes through the control of information and the satisfaction of health professionals. In these organizations, it is essential to have an automated and structured information system (IS), which allows coping with the structural changes necessary to their revitalization. Thus, it will improve the quality in patient/client attendance, and at the same time optimize information management, and consequentially organization management, allowing the integration with other external information systems, connected to the health network.

These aspects among others lead us to this investigation with the perception that the introduction of an information system in the Hospital Centre of Vila Real – Peso da Régua (CHVR-PR) would conduct to a general improvement of management through a better satisfaction of all their professionals. This perception lead us immediately to ask the following questions: Is the satisfaction of health professionals which use the information system of CHVR-PR associated with the performance of the system itself? Or, is that satisfaction related with how the implementation of the information system took place? Or, yet, which is the perception of the internal users (medical doctors, nurses and administrative staff) about the impact of the introduction of information systems in organization management? In the course of our investigation, we tried to answer these questions, among others.

Methodologically, we started to development a theoretically support which allowed to identify, analyse, relate and better understand hospital management, with the utilization of information systems as a support. Next, using that information and the contacts established by us, we applied a written questionnaire to medical doctors, nurses and administrative staff from the CHVR-PR, users of the information system, in different periods. The questionnaire was applied to medical doctors and administrative staff between May and June of 2006 and to the nurses between October and November of 2006. The obtained data were analysed with the programme Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 14.

The obtained results, besides giving us the personal and professional course of the information system users and their perception about it, allowed us to conclude that, in general, the health professionals are pleased with the utilization of the information system because it allows a better organizational efficiency, improving the management in a daily basis.

Key-words: Management, Hospital management, Information systems, Job satisfaction.

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS.....	iv
LISTA DE QUADROS	vii
LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS	ix
CAPÍTULO I DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	1
CAPÍTULO II DA GESTÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR À SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	11
2.1 DAS TEORIAS E PRÁTICAS DA GESTÃO ÀS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES.....	13
2.1.1 Teorias e práticas na gestão	13
2.1.2 Sobre a gestão das organizações hospitalares.....	22
2.1.2.1 Ambiente e cultura na gestão hospitalar	29
2.1.2.2 Serviço Nacional de Saúde – uma viagem pela história.....	34
2.1.3 A Importância da informação e do conhecimento para a organização Hospitalar	39
2.2 SOBRE A GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR	43
2.2.1 A mudança organizacional e os sistemas de informação	43
2.2.1.1 Campos de força envolvidos na mudança	49
2.2.2 Informação e conhecimento como fonte de vantagem competitiva	54
2.2.3 As tecnologias da informação como suporte da gestão do conhecimento aplicada à gestão hospitalar	60
2.2.3.1 Sistema integrado de informação hospitalar	65
2.2.3.2 Sistema de Apoio ao Médico.....	67
2.2.3.3 Sistema de apoio à prática de enfermagem.....	68
2.3 SOBRE A QUALIDADE, SATISFAÇÃO E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	72
2.3.1 A cultura hospitalar e cultura da qualidade.....	73
2.3.2 Do conceito à medição da qualidade.....	74
2.3.3 A satisfação e motivação dos profissionais nos serviços de saúde	78
2.3.3.1 Satisfação profissional	79
2.3.3.2 Motivação para o trabalho	83

CAPÍTULO III DADOS E METODOLOGIA DE ANÁLISE	89
3.1 MÉTODOS E TÉCNICAS.....	91
3.1.1 Sobre o método	92
3.1.2 Objectivos do estudo	95
3.1.3 Questões e hipótese de investigação.....	96
3.1.4 Definição da unidade de análise	97
3.1.5 Fonte de dados e selecção dos participantes	98
3.1.6 Arquitectura do questionário.....	101
3.1.6.1 Pré-teste	104
3.1.7 Operacionalização das variáveis	104
3.1.8 Registo e verificação dos dados.....	108
3.2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS	109
3.2.1 Análise Exploratória Univariada e Bivariada	109
3.2.2 Análise Exploratória Multivariada	110
3.2.2.1 Análise factorial exploratória	110
3.2.2.2 Análise de Componentes Principais.....	112
3.2.3 Os testes de hipóteses	113
3.2.3.1 Testes Paramétricos	115
3.2.3.2 Testes Não Paramétricos.....	116
CAPÍTULO IV DA CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA À SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS UTILIZADORES DE UM SI NO CHVR-PR	119
4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA.....	122
4.1.1 Caracterização sócio-profissional dos profissionais de saúde utilizadores de um SI	
4.1.1.1 Dados pessoais.....	123
4.1.1.2 Formação base	126
4.1.1.3 Dados Da Instituição	127
4.1.2 Satisfação Profissional com os Recursos Disponíveis.....	136
4.1.3 Satisfação Profissional com o Sistema de informação hospitalar	139
4.1.3.1 Sistemas de informação	139
4.1.3.2 Utilizador do SI	144
4.1.3.3 Características gerais do SI	151
4.1.4 Avaliação de múltiplos aspectos do processo de implementação do SI.....	153
4.2 IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS FACTORES DE SATISFAÇÃO COM O SI HOSPITALAR UTILIZADO PELOS PROFISSIONAIS DO CHVR-PR.....	163
4.2.1 Factores extraídos da opinião específica dos profissionais de saúde em relação aos recursos disponíveis pelo CHVR-PR	163
4.2.2 Factores extraídos da opinião específica dos profissionais de saúde em relação ao SI utilizado.....	169

4.2.3	Factores extraídos da opinião específica dos profissionais em relação as características gerais do SI utilizado.....	179
4.3	AVALIAÇÃO GLOBAL DOS SI EM TERMOS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR GÉNERO E CLASSE PROFISSIONAL.....	184
4.3.1 –	Opinião dos profissionais de saúde do CHVR-PR relativamente à satisfação com recursos disponíveis para a realização da actividade profissional que desenvolvem na Instituição por género, e classe profissional	184
4.3.1.1	Opinião dos profissionais de saúde do CHVR-PR relativamente à satisfação com recursos disponíveis para a realização da actividade profissional que desenvolvem na Instituição por género	184
4.3.1.2	Opinião dos profissionais de saúde do CHVR-PR relativamente à satisfação com recursos disponíveis para a realização da actividade profissional que desenvolvem na Instituição por classe profissional	185
4.3.2	Avaliação global da satisfação dos profissionais de saúde no desempenho profissional com base na utilização do SI por género e classe profissional.....	186
4.3.2.1	Avaliação global da satisfação profissional por género	186
4.3.2.2	Avaliação global da satisfação profissional por classe profissional	187
4.3.3	Opinião dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por género e classe profissional	187
4.3.3.1	Opinião dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por género	187
4.3.3.2	Opinião dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por classe profissional	188
4.3.4	Opinião dos profissionais do CHVR-PR sobre a adequação do SI em termos de aspectos gerais por género e classe profissional.....	191
4.3.4.1	Opinião dos profissionais do CHVR-PR sobre a adequação do SI em termos de aspectos gerais por género	191
4.3.4.2	Opinião dos profissionais do CHVRPR relativamente a aspectos gerais dos SI por classe profissional	191
 CAPÍTULO V – REFLEXÕES FINAIS		193
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		207
 ANEXOS.....		217
ANEXO A	QUESTIONÁRIO.....	219
ANEXO B	PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHVR-PR.....	227
ANEXO C	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO E RESPECTIVOS ESCALÕES DE MEDIDA	231
ANEXO D	LISTA DE <i>OUTPUTS</i>	253

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1	Estrutura do estudo.....	10
Figura 2.1	Escolas de pensamento.....	13
Figura 2.2	Habilidades necessárias em diferentes níveis de gestão.....	26
Figura 2.3	Relação entre os níveis institucional, intermédio e operacional.....	27
Figura 2.4	Envolvente global.....	33
Figura 2.5	Pirâmide do conhecimento.....	39
Figura 2.6	Características da informação em comparação com o conhecimento.....	41
Figura 2.7	Tipos de mudança organizacional.....	48
Figura 2.8	Processo de mudança.....	50
Figura 2.9	Mudança de primeira e segunda ordem.....	54
Figura 2.10	Desdobramentos do capital intelectual.....	55
Figura 2.11	Componentes do conhecimento.....	57
Figura 2.12	Processo de satisfação.....	82
Figura 2.13	Modelo generalizado do processo básico de motivação.....	83
Figura 2.14	Influência dos sistemas de informação na gestão hospitalar.....	88
Figura 3.1	Metodologia da investigação.....	94
Figura 3.2	População residente no Hospital de S. Pedro.....	98
Figura 3.3	População para análise.....	100
Figura 3.4	Dimensões de identificação do percurso pessoal e profissional dos utilizadores de um SI.....	107
Figura 3.5	Dimensões da avaliação da Percepção geral dos profissionais de saúde sobre os SI hospitalar.....	107
Figura 3.6	Definição das regiões crítico e de aceitação de um teste de hipótese.....	114
Figura 4.1	Distribuição do total dos inquiridos de acordo com o Género (%).....	123
Figura 4.2	Distribuição do total dos inquiridos de acordo com o Género por Classe Profissional (%).....	123
Figura 4.3	Distribuição dos inquiridos por grupos etários.....	124
Figura 4.4	Distribuição dos inquiridos por idade mínima e máxima.....	124
Figura 4.5	Distribuição dos inquiridos por grupos etários segundo o Género (%).....	124
Figura 4.6	Distribuição dos inquiridos por grupos etários segundo a Classe Profissional (%).....	124
Figura 4.7	Estado Civil dos inquiridos (%).....	125
Figura 4.8	Estado Civil dos inquiridos por segundo o Género (%).....	125
Figura 4.9	Estado Civil dos inquiridos segundo a Classe Profissional (%).....	125
Figura 4.10	Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias (%).....	126
Figura 4.11	Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias, segundo o Género (%).....	127
Figura 4.12	Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias, segundo a classe profissional (%).....	127
Figura 4.13	Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos médicos por categoria profissional (%).....	128
Figura 4.14	Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos médicos por Género (%).....	128
Figura 4.15	Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos enfermeiros por categoria profissional (%).....	128
Figura 4.16	Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos enfermeiros por categoria profissional, segundo o Género (%).....	128

Figura 4.17	Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe administrativa por categoria profissional (%).....	129
Figura 4.18	Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe administrativa por categoria profissional, segundo o Género (%).....	129
Figura 4.19	Distribuição dos inquiridos por tipo de vínculo à Instituição (%).....	130
Figura 4.20	Distribuição dos inquiridos por tipo de vínculo à Instituição, segundo o Género (%).....	130
Figura 4.21	Distribuição dos inquiridos por tipo de vínculo à Instituição, por Classe profissional (%).....	130
Figura 4.22	Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço.....	131
Figura 4.23	Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço segundo o Género.....	132
Figura 4.24	Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço segundo a classe profissional.....	132
Figura 4.25	Distribuição dos inquiridos por tempo no Hospital.....	133
Figura 4.26	Distribuição dos inquiridos por tempo no hospital segundo Género.....	133
Figura 4.27	Distribuição dos inquiridos por tempo no hospital segundo a classe profissional.....	133
Figura 4.28	Caixa de Bigodes do Tempo Total de Serviço.....	134
Figura 4.29	Distribuição dos inquiridos por tempo total de serviço no hospital segundo o género.....	134
Figura 4.30	Distribuição dos inquiridos por tempo total de serviço no hospital segundo a classe profissional.....	134
Figura 4.31	Distribuição dos inquiridos que acumulam funções fora da Instituição (%).....	135
Figura 4.32	Distribuição dos inquiridos que acumulam funções fora da Instituição, por género (%).....	135
Figura 4.33	Distribuição dos inquiridos que acumulam funções fora da Instituição, por classe profissional (%).....	135
Figura 4.34	Sistemas de Informação utilizados pelos inquiridos, por classe profissional (%).....	140
Figura 4.35	Sistemas de Informação utilizados pelos inquiridos, por género (%).....	140
Figura 4.36	Conhecimentos Informáticos dos inquiridos (%).....	140
Figura 4.37	Distribuição dos inquiridos que possuíam conhecimentos de informática de nível básico, por género (%).....	141
Figura 4.38	Distribuição dos inquiridos que possuíam conhecimentos de informática de nível básico, por classe profissional (%).....	141
Figura 4.39	Inquiridos que passaram por um processo de formação formal (%).....	142
Figura 4.40	Inquiridos que passaram por um processo de formação formal, por género (%).....	142
Figura 4.41	Inquiridos que passaram por um processo de formação formal, por classe profissional (%).....	142
Figura 4.42	Percepção dos inquiridos sobre o Processo de Formação (%).....	142
Figura 4.43	Percepção dos inquiridos sobre o Processo de Formação, por género (%).....	143
Figura 4.44	Percepção dos inquiridos sobre o Processo de Formação, por Classe Profissional (%).....	143
Figura 4.45	Vantagens do SONHO (%).....	153
Figura 4.46	Desvantagens do SONHO (%).....	154
Figura 4.47	Vantagens do SAPE (%).....	154
Figura 4.48	Desvantagens do SAPE (%).....	155
Figura 4.48	Vantagens do SAM (%).....	155
Figura 4.50	Desvantagens do SAM (%).....	156
Figura 4.51	Adaptações efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho aquando da implementação do SONHO (%).....	157
Figura 4.52	Adaptações efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho aquando da implementação do SAPE (%).....	157
Figura 4.53	Adaptações efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho aquando da implementação do SAM (%).....	158
Figura 4.54	Barreiras existentes aquando da implementação do SONHO (%).....	159

Figura 4.55	Barreiras existentes aquando da implementação do SAPE (%)	159
Figura 4.56	Barreiras existentes aquando da implementação do SAM (%)	160
Figura 4.57	Medidas tomadas para ultrapassar as barreiras que existiram aquando da implementação do SONHO (%).	160
Figura 4.58	Medidas tomadas para ultrapassar as barreiras que existiram aquando da implementação do SAPE (%)	160
Figura 4.59	Medidas tomadas para ultrapassar as barreiras que existiram aquando da implementação do SAM (%)	161
Figura 4.60	Benefícios que a Instituição pode recolher com a implementação dos SI (%).....	162
Figura 4.61	Gráfico dos valores próprios por cada componente	165
Figura 4.62	Avaliação da Satisfação Profissional	167
Figura 4.63	Gráfico de Perfil da sub-escala “Vantagens da utilização dos SI”	177
Figura 4.64	Gráfico de Perfil da sub-escala “Estratégias de Implementação adoptadas”	178
Figura 4.65	Gráfico de Perfil da sub-escala “Conhecimentos Informáticos”	178
Figura 4.66	Avaliação de aspectos gerais dos SI	183
Figura 4.67	Gráfico de Perfil	186

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1	Funções da gestão.....	24
Quadro 2.2	Exemplos de práticas mais correntes de mudança organizacional.....	44
Quadro 2.3	Modelo de mudança.....	45
Quadro 2.4	Áreas de actuação dos médicos no SAM.....	67
Quadro 2.5	Áreas de actuação dos enfermeiros no SAPE.....	69
Quadro 3.1	Número de inquéritos programados e recolhidos por classe profissional.....	101
Quadro 3.2	Dimensões a operacionalizar.....	103
Quadro 3.3	Estatísticas utilizadas na análise exploratória.....	110
Quadro 3.4	Testes de hipóteses paramétricos e não paramétricos utilizados.....	117
Quadro 4.1	Questões e técnicas utilizadas.....	121
Quadro 4.2	Síntese dos aspectos metodológicos utilizados.....	122
Quadro 4.3	Número médio de anos no serviço, a trabalhar no hospital, média total de anos de serviço.....	134
Quadro 4.4	Resumo dos pontos – chave da caracterização sócio-profissional.....	136
Quadro 4.5	Grau de satisfação com a utilização dos recursos materiais.....	137
Quadro 4.6	Grau de satisfação com a utilização dos recursos humanos.....	137
Quadro 4.7	Grau de satisfação com a formação literária.....	138
Quadro 4.8	Grau de satisfação com a formação profissional.....	138
Quadro 4.9	Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação aos recursos disponíveis.....	139
Quadro 4.10	Resumo dos pontos – sistemas de informação.....	143
Quadro 4.11	Formação realizada sobre SI.....	144
Quadro 4.12	Conhecimentos de informática antes da implementação dos SI.....	145
Quadro 4.13	Estratégias de implementação dos SI.....	145
Quadro 4.14	Adequação dos postos de trabalho.....	146
Quadro 4.15	Informações da base de dados do SI.....	146
Quadro 4.16	Perda de informação.....	146
Quadro 4.17	Período de tempo de sobreposição de registos.....	147
Quadro 4.18	Redução dos suportes em papel.....	147
Quadro 4.19	Valorização da actividade profissional.....	148
Quadro 4.20	Mudança organizacional/SI.....	148
Quadro 4.21	Ganhos em saúde para o utente.....	148
Quadro 4.22	Comunicação com outras instituições.....	149
Quadro 4.23	Continuidade dos cuidados ao utente.....	149
Quadro 4.24	Motivação.....	149
Quadro 4.25	SI/ferramenta de trabalho.....	150
Quadro 4.26	Resumo dos pontos – chave da satisfação profissional como utilizadores do SI.....	150
Quadro 4.27	Adequação do SI hospitalar / satisfação profissional.....	151
Quadro 4.28	Resumo dos pontos – chave da adequação do SI em termos de satisfação profissional.....	153
Quadro 4.29	Resumo dos pontos – chave da implementação dos SI hospitalar no CHVR-PR.....	162

Quadro 4.30	Factores retidos e variância total explicada	165
Quadro 4.31	Comunalidades	166
Quadro 4.32	Matriz das componentes	166
Quadro 4.33	Média, mediana e desvio padrão	166
Quadro 4.34	Satisfação global por classe profissional	167
Quadro 4.35	Satisfação global por género	167
Quadro 4.36	Dimensão da satisfação profissional	168
Quadro 4.37	Resultados da estimação do Alpha de Cronbach	168
Quadro 4.38	Síntese dos resultados	169
Quadro 4.39	Factores retidos e variância total explicada	171
Quadro 4.40	Comunalidades	171
Quadro 4.41	Matriz das componentes	172
Quadro 4.42	Matriz das componentes após a rotação	173
Quadro 4.43	Dimensão da utilização do SI	174
Quadro 4.44	Coefficiente de correlação <i>R de Pearson</i>	175
Quadro 4.45	Síntese dos resultados	176
Quadro 4.46	Média, mediana e desvio padrão	177
Quadro 4.47	Grau de satisfação médio por classe profissional	177
Quadro 4.48	Grau de satisfação médio por género	177
Quadro 4.49	Factores retidos e variância total explicada	179
Quadro 4.50	Matriz das componentes	180
Quadro 4.51	Dimensão aspectos gerais do SI	180
Quadro 4.52	Resultados da estimação do Alpha de Cronbach para a adequação do SI	181
Quadro 4.53	Síntese dos resultados	181
Quadro 4.54	Média, mediana e desvio padrão	182
Quadro 4.55	Avaliação global geral média dos SI por classe profissional	182
Quadro 4.56	Avaliação global geral média dos SI por género	182
Quadro 4.57	Testes de <i>Mann-Whitney</i>	185
Quadro 4.58	Testes de <i>Kruskal-Wallis</i>	185
Quadro 4.59	Testes de <i>Mann-Whitney</i> , relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por género	188
Quadro 4.60	Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por sistema de informação utilizado	189
Quadro 4.61	Testes de <i>Mann-Whitney</i> a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por sistema de informação utilizado	190
Quadro 4.62	Testes de <i>Mann-Whitney</i> sobre a adequação do SI em termos de aspectos gerais por género	191
Quadro 4.63	Testes de <i>Kruskal-Wallis</i> relativamente a aspectos gerais dos SI por tipo de sistema de informação utilizado	192
Quadro 4.64	Testes de <i>Mann-Whitney</i> sobre aspectos gerais dos SI por tipo de sistema de informação utilizado	192

LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

ARS	Administração Regional de Saúde
CHVR-PR	Centro Hospitalar Vila Real – Peso da Régua
DL	Decreto-lei
DR	Diário da República
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPE	Entidades Públicas Empresariais
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
ISO	International Organization for Standardization
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OM	Organização Militar
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PPP	Parcerias Público Privadas
PS	Partido Socialista
PS	Profissionais de Saúde
PT	Prontuário Terapêutico
SA	Sociedades Anónimas
SAM	Sistema de Apoio aos Médicos
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SI	Sistema de Informação
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TIC	Tecnologias da Informação e comunicação
UMIC	Unidade de Missão e Inovação para o Conhecimento
UTAD	Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

CAPÍTULO I

Da problemática aos objetivos do estudo

O analfabeto do século XXI não será aquele que não consegue ler e escrever, mas aquele que não consegue aprender, desaprender, e reaprender.

Toffler A. (2007)

O sector da saúde em Portugal, nos últimos trinta anos, tem sofrido profundas alterações desde as alterações à legislação (a título de exemplo: a abertura a entidades privadas), ao envolvimento cada vez mais acirrado da sociedade. A crescente exigência e formação dos consumidores, reflecte-se numa maior sensibilidade à eficácia e à qualidade dos serviços de saúde (Lapão, 2005). O autor é também da opinião, que as organizações de saúde, necessitam ser geridas tendo por base uma estratégia e não apenas a mera administração diária dos seus recursos. Considerando a grande complexidade e multiplicidade de serviços, torna-se evidente e desejado, o desenvolvimento de uma arquitectura, que tenha por base um modelo integrado de informação e conhecimento, alinhado com os objectivos da gestão, procurando apoiar as actividades do hospital, não esquecendo as características dos serviços e a comunidade servida. Sem informação não é possível fazer gestão.

O hospital é, geralmente, entendido como lugar central da produção de cuidados de saúde, não só pela concentração de profissionais do sector com múltiplas e diversas especializações mas, também, pela acumulação de tecnologias médicas sofisticadas. Também, neste sentido, os Sistemas de Informação (SI) para a Saúde são uma ferramenta de importância crescente, pelo contributo que pode proporcionar na modernização e melhoria da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão da informação assim como dos recursos associados. Daí ser absolutamente crucial, e talvez na área da Saúde de forma mais intensa do que em outras áreas, o investimento nos sistemas de informação.

Os hospitais são frequentemente reconhecidos como organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração, com uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão (Lopes e Costa, 2007). Para estas organizações, é imprescindível um sistema de informação automatizado, no sentido de responder às mudanças estruturais necessárias à sua revitalização. Condição essencial nas organizações ligadas à saúde, uma vez que a qualidade do atendimento depende de sistemas de informação bem estruturados. Um Sistema de Informação Hospitalar permite otimizar a gestão da informação e, por

consequência, a gestão organizacional (processos de produção, administrativos e assistenciais), além de permitir a integração com outros sistemas de informação externos, ligados à rede de saúde (Lapão, 2005).

A informação, como qualquer outro recurso organizacional (financeiro, material e humano), é um recurso que necessita ser gerido para ajudar as organizações a melhorar a sua produtividade, competitividade e performance geral. Davenport e Prusak (1998) acrescentam que a única vantagem sustentável que uma organização tem, é aquilo que ela colectivamente sabe, a eficiência com que ela usa o que sabe e a prontidão com que ela adquire e usa novos conhecimentos.

O tratamento da informação e o estabelecimento de sistemas de informação nos hospitais, em Portugal, ainda têm um longo caminho a percorrer. Os hospitais portugueses têm acompanhado a evolução da tecnologia voltada para a saúde, tanto em termos do ambiente físico quanto da terapêutica, mas a informação, permanece sem a devida consideração. Os registos que compõem os processos dos clientes¹, e que devem ser a base da gestão da informação hospitalar, ainda são tratados de maneira deficiente em alguns hospitais. Impera assim, o ambiente tecnológico, na maioria dos hospitais nacionais e os recursos informáticos começam, agora, a ser explorados sem receios. Nesse sentido, um estudo publicado em 2005, realizado conjuntamente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e pela Unidade de Missão e Inovação para o Conhecimento (UMIC), revela que os hospitais públicos, em Portugal, estão mais informatizados do que os privados e 80% tem as suas consultas geridas com recurso à informática. O *Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e da Comunicação dos Hospitais 2004*, que abrangeu a totalidade dos hospitais nacionais, apurou que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), são os que apresentam uma maior percentagem de actividades médicas informatizadas, com 80% das consultas, 67% das cirurgias e 63% das urgências a serem realizadas com recurso ao computador. Já o registo dos ficheiros clínicos dos clientes e as bases de dados de informação ao corpo médico e aos doentes estão informatizados em cerca de metade (50%) dos hospitais do SNS.

O sector da Saúde, intensivo no recurso à informação beneficiará com o recurso à utilização dos sistemas de informação, nomeadamente naquilo que toca aos profissionais de

¹ Consideramos importante, desde o início do trabalho, definir o conceito de cliente. Neste sentido, e segundo Martin e Henderson (2004) o termo cliente descreve todos os que recebem serviços das unidades de saúde [...] doentes, utentes e os prestadores de cuidados.

saúde. Nos hospitais, estes sistemas de informação, servirão de apoio aos profissionais de saúde, para armazenar informação, permitir o seu processamento, análise e transmissão tão necessária para planear, organizar e avaliar o trabalho e em consequência, implementar melhores estratégias de actuação ou decisão. Poderão contribuir ainda, para disponibilizar mais informação, no sentido de introduzir novas formas de prestar cuidados, mais acessíveis, mais eficazes e mais centradas nas necessidades dos clientes; no desenvolvimento de novas práticas de colaboração de trabalho, mais flexíveis, contínuas e direccionadas às necessidades do dia a dia (Carrasqueiro, 2007).

Aos gestores das organizações de saúde, as informações contidas no SI descrevem qualitativa e quantitativamente os serviços realizados. Se a estas informações, juntarmos o conhecimento das necessidades de saúde detectadas, as informações possibilitam direccionar as acções nesse sentido. Hoje uma organização de saúde, dificilmente, conseguirá estabelecer um modelo de gestão adequado, sem o recurso a um sistema de informação eficiente (Lopes e Costa, 2007).

De acordo com o relatório, *Tecnologias de Informação de Serviços de Saúde e Registo Electrónico de Dados – Implicações para os Serviços de Saúde* (2005), realizado pela Capgemini, os registos electrónicos de saúde, os sistemas de informação clínica e a organização dos médicos através de sistemas informáticos terão um impacto enorme na redução de erros médicos e na eliminação dos atrasos resultantes da circulação de registos em papel e da perda de informação. Os registos electrónicos surgiram, então, da necessidade crescente de estruturar e tornar acessível a informação clínica.

É inquestionável que as tecnologias da informação são uma ferramenta indispensável para a gestão eficaz de uma organização de saúde. Com a empresarialização dos hospitais surgiu uma oportunidade de se pensar na informatização e adopção das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nas organizações de saúde. O Centro Hospitalar Vila Real -Peso da Régua (CHVR-PR) não foi excepção.

Tal como já foi afirmado, os hospitais como organizações de grande complexidade que são, evidenciam algumas características, dentro as quais se destaca, a grande quantidade e diversidade de informação que no quotidiano se produz e se consulta. As TIC terão que estar, deste modo, ao dispor de um vasto conjunto de utilizadores, com competências distintas e interesses diversos, daí que a integração da grande quantidade de informação produzida e a flexibilidade das plataformas (sistemas de informação que dão apoio aos

profissionais) são condições fundamentais. As TIC devem ser encaradas apenas como um dos elementos que constituem o sistema de informação, o qual por sua vez deve ter por objectivo a produção de informação relevante para a tomada de decisão.

Os profissionais da área da saúde trabalham com informação. Quando atendem um cliente, recolhem uma série de dados como: nome, idade, sexo, história clínica, queixas, entre outros. Por exemplo, ao pedir um exame laboratorial e ao elaborar um diagnóstico, o médico processa novas informações. E assim que acontece o tempo todo. Dados como as datas em que o cliente teve consulta, qual o diagnóstico, que exames foram pedidos e os resultados dos mesmos, são tudo informações que são registadas dando uma visão da história clínica do cliente, desde o passado até ao presente (Singulem, 2002). Toda a informação produzida pelos profissionais de saúde deve ser registada num processo clínico do cliente e por todos os profissionais que contactam com o mesmo. São por isso numerosas folhas, agrupadas numa capa, com vários registos, repetidos, o que por vezes, poderá levar à perda de alguma informação. É dispendida, portanto, por parte dos profissionais, uma grande quantidade de tempo, para a execução de todos os registos e ainda na procura da informação necessária para eventuais tomadas de decisão. Isto acaba por competir directamente com os cuidados directos aos clientes. Estudos como o realizado por Jydstrup e Gross (1966) demonstram que por exemplo, os enfermeiros das unidades de doentes agudos, despendiam entre 30% a 40% do seu tempo em actividades de processamento de informação.

A crescente necessidade de informação, em tempo real, tão necessária para a tomada de decisão, evitando por vezes a perda de uma vida, assume importância elevada nos tempos actuais, dada a exigência cada vez maior do cliente, bem como do profissional de saúde envolvido. Na tentativa de superar esta falha na saúde, na década de 80, o Ministério da Saúde Português, incumbiu ao Instituto de Gestão e Informática Financeira (IGIF), a criação de um sistema integrado de informação hospitalar, onde resultou o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO). Este sistema pretendeu gerir os dados administrativos dos clientes tendo como finalidade melhorar a qualidade da assistência ao doente, eliminar a divisão tradicional entre informática médica e administrativa, através de um sistema comum, facilitar o acesso rápido aos dados sobre a história anterior do cliente, com exactidão e actualidade, melhorar a gestão administrativa e financeira dos hospitais e aumentar a produtividade do pessoal interveniente. A necessidade de criação de um registo clínico electrónico surge pouco tempo depois levando o IGIF a desenvolver um módulo médico –

Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e um módulo de enfermagem – Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem (SAPE) para dar sequência à necessidade de evolução que se fazia sentir.

Na saúde, para acompanhar a evolução tecnológica e usufruir das suas vantagens para a qualidade na assistência profissional têm-se desenvolvido diversos sistemas de informação, que o CHVR-PR implementou para dar apoio à classe dos administrativos, enfermeiros e médicos, desde há já algum tempo. Estas mudanças, certamente, irão intervir ao nível do comportamento dos seus profissionais, dado que a forma como é realizado o seu trabalho diariamente, irá mudar, provocando maior ou menor satisfação a qual se manifestará pelo seu desempenho, enquanto profissionais. Antes de implementar a mudança, deverão ser comunicados os objectivos da mesma aos profissionais, permitindo que ela seja mais facilmente aceite por todos. A finalidade da sua explicação não é colocar os colaboradores dentro de uma sala e dizer o quê, como e quando eles devem agir, mas sim estimulá-los a pensar, a falar e a reflectir, fazendo-os sentir que são parte integrante do processo de mudança e não meros executores da mesma. Dessa maneira, através da consciência crítica, espera-se que sejam capazes de analisar, construir e desenvolver um comportamento orientado para os resultados esperados pela organização (Bispo, 2007).

Estes e outros aspectos, levam-nos a partir para esta investigação com a percepção de que a introdução dos SI nas organizações de saúde, no nosso caso concreto, o CHVR-PR, iriam conduzir a uma melhoria generalizada das práticas da gestão hospitalar, através de uma maior satisfação de todos os seus profissionais. Esta percepção coloca-nos perante determinadas questões: Estará a satisfação dos profissionais utilizadores do SI do CHVR-PR, relacionada com o seu desempenho no próprio sistema? Ou, será que a satisfação está relacionada com a forma como se deu o processo de implementação do SI hospitalar? Ou ainda, qual a percepção dos utilizadores internos (médicos, enfermeiros e administrativos) sobre o impacto da introdução dos SI na gestão organizacional?

Nesta linha de pensamento, surge a necessidade de clarificar como? quando? e em que sentido? é que os sistemas de informação são importantes no desempenho dos profissionais de saúde. Nesta investigação, daremos o nosso contributo para um melhor conhecimento destas e doutras questões, analisando a relação entre os Sistemas de Informação Hospitalar e o desempenho organizacional.

Foi a tomada de consciência sobre estas e outras interrogações que nos conduziu, desde logo, à intenção de explorar em que medida a implementação dos SI, a nível hospitalar, pode conduzir a práticas de gestão mais eficientes e a uma maior satisfação, para o trabalho, de todos os seus utilizadores.

Perante tal intenção definimos como objectivo principal, da presente dissertação, **perceber qual o impacto da introdução dos SI na gestão organizacional, através da percepção dos seus utilizadores internos (Médicos, Enfermeiros e Administrativos).**

As organizações e os indivíduos diferenciar-se-ão uns dos outros, terão melhores ou piores desempenhos, estarão mais ou menos motivados, consoante as capacidades que tenham em lidar com a informação. Nesse sentido, a presente dissertação procura analisar, de forma mais pormenorizada, entre outros, os seguintes objectivos específicos:

- Traçar o perfil dos utilizadores de um SI hospitalar, e concretamente, na nossa população alvo;
- Identificar o grau de satisfação dos profissionais com os recursos disponíveis, ao desempenhar o seu papel como profissional de saúde no CHVR-PR;
- Conhecer a satisfação dos utilizadores do SI hospitalar no CHVR-PR, nas várias dimensões da aplicação do SI e em relação aos aspectos específicos dentro de cada uma das dimensões;
- Identificar os factores que mais influenciam a satisfação dos profissionais para a utilização do SI;
- Identificar a opinião dos profissionais quanto à adequação do SI;
- Identificar a opinião dos profissionais de saúde em relação ao processo de implementação do SI no CHVR-PR, nomeadamente quanto às vantagens e desvantagens, estratégias utilizadas, mudanças efectuadas, medidas tomadas para ultrapassar eventuais obstáculos e benefícios que o CHVR-PR pode recolher;
- Disponibilizar, aos responsáveis do CHVR-PR, os resultados obtidos de forma a contribuir para a melhoria da satisfação dos profissionais tendo por base a utilização do SI.

Estiveram na base destes objectivos, duas grandes questões de investigação: Qual o percurso profissional e formativo dos utilizadores do SI a nível hospitalar? Qual a percepção destes profissionais sobre a implementação e utilização dos SI?

As reflexões que acabamos de introduzir justificam, em certa medida, a finalidade deste estudo que vai de encontro à hipótese que formulamos para o estudo em causa e segundo o qual a **introdução dos sistemas de informação ao nível hospitalar contribui, de forma significativa, para a obtenção de uma maior eficácia e eficiência organizacional**. Coloca-se, assim, a questão da relação entre sistemas de informação e satisfação dos profissionais ao nível organizacional.

Partindo do pressuposto de que um problema de investigação é uma preocupação que estimula o interesse do investigador e o incita à investigação, o nosso problema relacionou-se com o processo de informatização implementado, para as classes profissionais de medicina, enfermagem e administrativa no CHVR-PR. Partindo desta realidade e após reflexão, escolhemos como área temática, **Gestão Hospitalar e o uso dos Sistemas de Informação: Aplicação ao CHVR-PR**

Com o objectivo de aprofundar conhecimentos sobre o tema escolhido, procedeu-se a um levantamento bibliográfico. As principais ideias resultantes da revisão da literatura foram agrupadas no Capítulo II, o qual se subdividiu em três sub-capítulos importantes para uma melhor compreensão do tema. Em primeiro lugar, apresentam-se as principais teorias e práticas da gestão e necessidades de informação e conhecimento nas organizações, em segundo lugar, desenvolve-se a revisão da literatura sobre a gestão da informação e do conhecimento em ambiente hospitalar, em terceiro lugar aborda-se a qualidade, a satisfação e motivação dos profissionais dos serviços de saúde.

No Capítulo III, faz-se referência aos métodos e técnicas de investigação, nomeadamente aos objectivos, questões e hipótese de investigação, aos dados e suas fontes e à construção do instrumento de recolha de dados. Neste capítulo faz-se, ainda uma breve referência aos métodos estatísticos utilizados na investigação, de forma a poder responder as questões levantadas e a testar a hipótese estabelecida. No Capítulo IV procedeu-se à realização da análise empírica, capítulo em que se efectua a análise e discussão dos resultados obtidos.

A última etapa desta investigação, Capítulo V, reporta-se à apresentação das principais conclusões obtidas, que à partida, contribuirão para um aprofundar de

conhecimentos da relação SI hospitalar/satisfação dos profissionais de saúde do CHVR-PR. Este capítulo termina com algumas recomendações e sugestões para futuras investigações.

Na seguinte figura esquematiza-se sumariamente toda a estrutura do estudo.

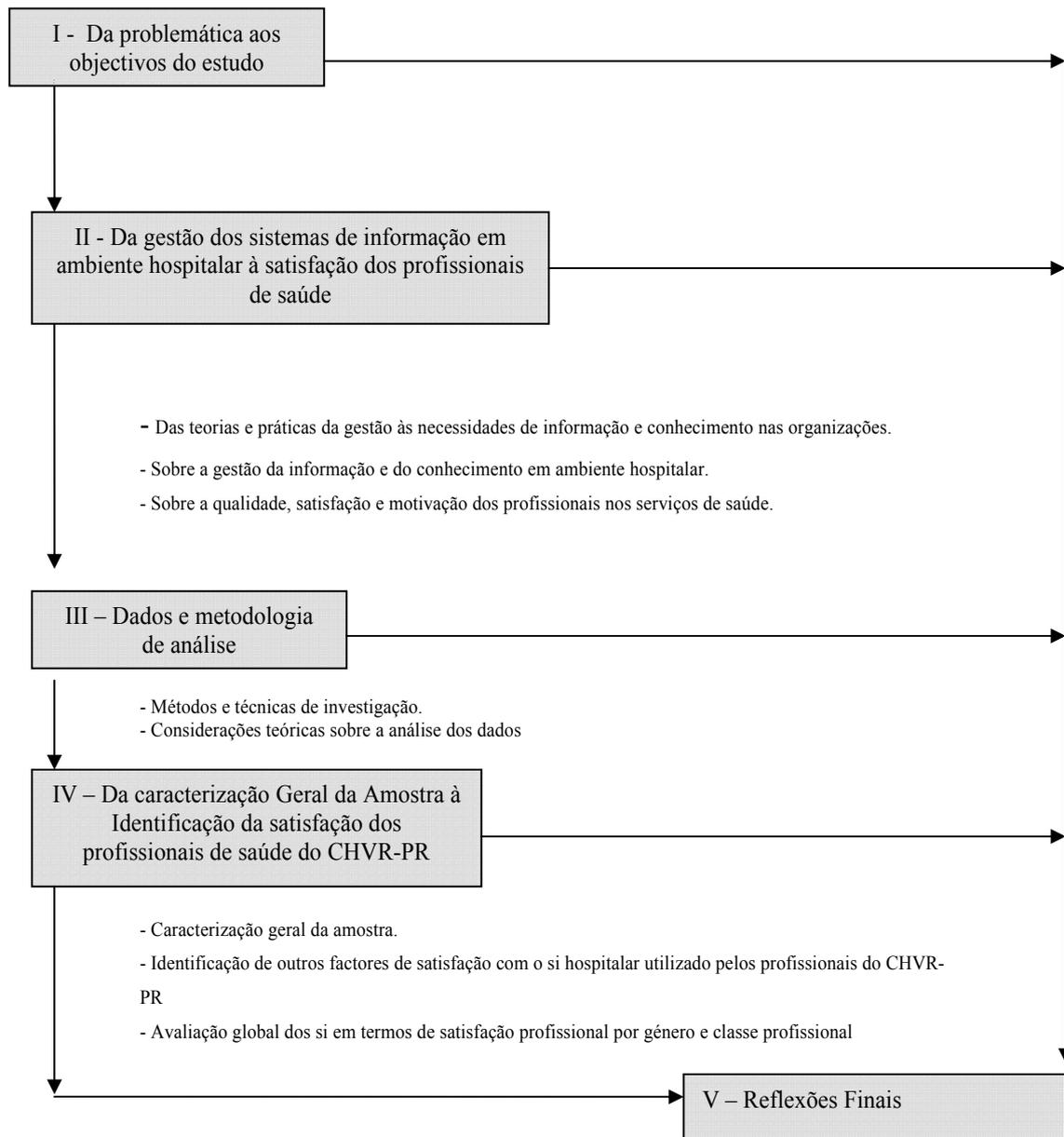


Figura 1.1 – Estrutura do estudo

CAPÍTULO II

**Da gestão dos sistemas de informação em
ambiente hospitalar à satisfação profissional**

2.1 - DAS TEORIAS E PRÁTICAS DA GESTÃO ÀS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES

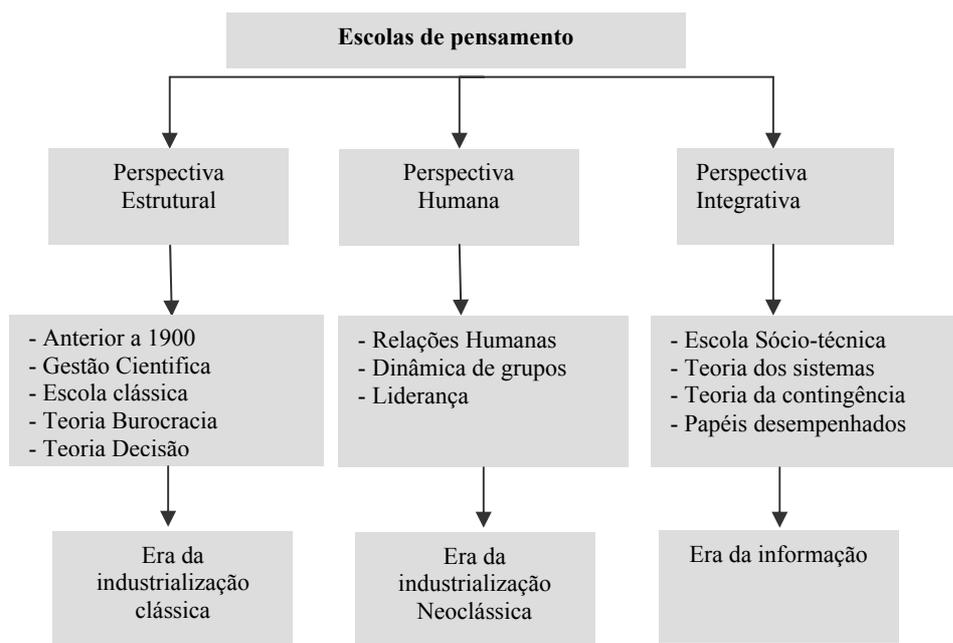
A informação foi sempre, um elemento essencial à gestão. Quem dispõe de informação de boa qualidade, fidedigna e em quantitativo adequado, adquire vantagens competitivas sobre os seus parceiros.

Almeida, F. (1992)

2.1.1 – Teorias e práticas na gestão

Desde o início do século XX, vários autores pertencentes a diferentes domínios do conhecimento têm estudado, construído e interpretado a organização, à luz de várias teorias, que são uma fonte de riqueza no que ajuda a compreender a organização, a analisar e resolver diferentes situações que ocorrem dentro da mesma. A forma como a organização é entendida, tem evoluído ao longo do tempo e está relacionada com a teoria que lhe está subjacente, como veremos de seguida de forma muito resumida.

Na perspectiva de Teixeira (2005), as escolas de pensamento em termos de gestão tendem a ser agrupadas em três grandes categorias: perspectiva estrutural, humana e integrativa, como se pode observar na Figura 2.1.



Fonte: Adaptado de Teixeira (2005); Chiavenato (2006)

Figura 2.1 – Escolas de pensamento

Segundo Teixeira (2005) e Chiavenato (1987), a teorização sobre gestão, como área do conhecimento autónomo, apenas surgiu no início do século XX. Foram duas as organizações (a Igreja Católica Romana e a Organização Militar - OM), que inspiraram alguns princípios e práticas de gestão. Ao longo dos séculos, a Igreja Católica foi estruturando a sua organização, a sua hierarquia de autoridade, o seu “Estado-Maior” (assessoria), a sua coordenação funcional e, hoje, tem uma estrutura hierárquica tão simples e eficiente que consegue operar satisfatoriamente, a nível mundial, sob o comando de um só chefe executivo: o Papa. Da OM, deriva o conceito de hierarquia, o princípio da unidade de comando e a ideia do “Estado-Maior”, o princípio de direcção, através do qual todo o soldado sabe e opera segundo aquilo que se espera dele, bem como o princípio da disciplina que deve obedecer.

Muitas organizações, adoptaram estes princípios de gestão, já que bem sucedidas, e passaram a incorporar princípios e normas administrativas em vigor na Igreja Católica e OM, onde se evidencia a hierarquia de autoridade.

Foi Frederik Taylor (1856-1915), quem abordou, pela primeira vez, de forma científica os princípios e as práticas da gestão, desenvolvendo os seus trabalhos no sentido de melhorar a produtividade (Teixeira, 2005). Taylor considerava que se deveria dar ênfase ao estudo científico dos processos de trabalho (tarefas), possibilitando uma organização mais científica tendo como resultado a máxima eficiência (Parreira, 2005). Na perspectiva de Taylor, os estudos de tempos e movimentos permitem determinar o melhor método de trabalho e juntamente com a selecção científica do trabalhador e com os cuidados para evitar a fadiga, proporcionar um padrão de produção melhor. Este, coadjuvado com a supervisão, com um plano de incentivo salarial e com condições ambientais adequadas conduziria à máxima eficiência, e, conseqüentemente a maiores lucros e maiores salários (Chiavenato 1995; Ferreira *et al.*, 2001).

Da obra de Taylor, resultam princípios de carácter universal que devem estar sempre presentes na gestão científica de qualquer organização, como: o Princípio do planeamento, da preparação, do controlo, da separação entre a concepção e execução do trabalho.

Henry Fayol (1841-1925) fundador da Escola Clássica de Gestão, defendeu uma abordagem sintética, global e universal da organização, contrapondo a abordagem analítica e concreta de Taylor. Este, era de opinião que a observação deveria incidir na análise das tarefas, enquanto que para Fayol, o objecto de observação deveria ser as componentes

estruturais e funcionais que são fulcrais para o funcionamento de qualquer organização. Desenvolveu a sua teoria numa perspectiva global (Teoria geral), sendo os seus princípios destinados à organização como um todo. Este sentido analítico de Fayol, no que concerne aos princípios gerais de gestão, centrou-se na necessidade de descobrir leis de carácter geral que pudessem ser aplicadas, às diferentes funções da gestão, dando a conhecer um conjunto de princípios básicos de gestão² que serviriam de orientação e ensinamento para a coordenação e o controlo do comportamento humano no seio das organizações (Ferreira *et al.*, 2001).

Fayol dividiu as operações empresariais em algumas actividades fundamentais, **técnicas, comerciais, financeiras, segurança e administrativas**³, cabendo a estas últimas, o papel de coordenar e sincronizar as demais funções da empresa (Chiavenato, 1987; Ferreira *et al.*, 2001; Teixeira 2005). A Teoria Clássica caracterizou-se basicamente pelo enfoque prescritivo e normativo visualizada através dos princípios de gestão, que eram uma espécie de receituário de como o gestor deveria proceder em determinadas situações.

Max Weber, descreve na década de 40, uma forma ideal de organização enfatizando a ordem, o sistema, a racionalidade, a uniformidade e a consistência. Esta teoria, teoria da burocracia, defendia um sistema ordenado de supervisão e subordinação e uma unidade de comando, fazendo-se apelo ao uso intensivo de documentos escritos, relativos a regras e regulamentos que eram descritos detalhadamente em manuais. Assim, os gestores assentavam a sua actuação em regras consistentes, completas e com possibilidade de serem assinadas (Teixeira, 2005). Na perspectiva de Max Weber, as vantagens da gestão burocrática residiam na capacidade em desenvolver e estimular um tipo de comportamento humano racional, preciso, rápido, unívoco na interpretação e uniformidade de rotinas e procedimentos, que conduziria à consecução dos objectivos das organizações, à disciplina, ao controlo e a coordenação das relações sociais do tipo burocrático que seriam reforçadas. A burocracia não só tem uma norma para todas as situações como geralmente, as normas

² Princípios básicos de gestão, segundo Fayol: 1 - Divisão do trabalho 2 – Autoridade; 3 – Disciplina; 4 - Unidade de comando; 5 - Unidade de direcção; 6 - Subordinação do interesse individual ao interesse colectivo; 7- Remuneração; 8 – Centralização; 9 – Ordem; 10 – Equidade; 11 - Estabilidade de emprego; 12 – Iniciativa; 13 - Espírito de equipa; 14 - Cadeia de comando (Teixeira, 2005).

³ **Técnicas** - produção de bens ou serviços da empresa, **Comerciais** - compra, venda e permutação, **Financeiras** - procura e gestão de capitais, **Segurança** - protecção e preservação de bens e das pessoas, **Contabilidade** - inventários, registros, balanços, custos e estatísticas e **Administrativas** - integração de cúpula das outras 5 funções. As funções administrativas coordenam e sincronizam as demais funções da empresa, pairando sempre acima delas (Chiavenato 1987, Ferreira *et al.*, 2001; Teixeira, 2005).

estão em forma escrita. Uma burocracia pode ser a melhor escolha em alguns ambientes de trabalho, nomeadamente naqueles em que há especialização, produtos ou resultados relativamente simples e a utilização de muitas pessoas não-qualificadas ou semi-qualificadas (Hrumm, 2005).

A partir da teoria da burocracia, Herbert Simon e James G. Marche, elaboraram um modelo que defendia que os indivíduos que trabalham em organizações racionais têm tendência para terem comportamentos racionais, estes tomam decisões, examinando uma série de alternativas possíveis, (não avaliando a totalidade das opções disponíveis), baseando-se em regras e experiências de que dispunham e escolhiam a solução que melhor satisfazia, para a tomada de decisão. São portanto os fundadores da Teoria da decisão.

A aplicação dos conhecimentos proporcionados pelo desenvolvimento das teorias de gestão referidas e enquadradas na **perspectiva estrutural** representou um grande avanço no progresso desta área científica.

A cultura organizacional desta época (era da industrialização clássica – 1900/1950) era voltada para a conservação das tradições e valores ao longo do tempo. As pessoas eram consideradas recursos de produção, juntamente com outros recursos organizacionais, como máquinas, equipamentos e capital. A gestão de pessoas era denominada de Relações Industriais. Tudo para servir a tecnologia. O homem era considerado um apêndice da máquina. As mudanças na época ainda eram relativamente lentas e previsíveis (Chiavenato, 2006).

Para Teixeira (2005), a perspectiva Humana engloba a Escola das relações humanas, dinâmica de grupo e liderança.

Elton Mayo (1880-1949), foi o precursor da abordagem humanística que resulta no aparecimento da Teoria das Relações Humanas na década de 30. Esta corrente defende que a chave para o alcance de elevada produtividade está no grau de satisfação do empregado no seu trabalho. A Teoria das Relações Humanas desenvolveu-se com base em 3 princípios: o **factor humano** (o trabalhador é sujeito e objecto de motivações para uma melhor satisfação no trabalho), os **grupos informais** (peças imprescindíveis na coesão, controlo e integração social nas organizações), **formação e selecção de uma liderança** (existem para que a coesão social e a cooperação sejam uma realidade na dinâmica de grupos levando a eficiência organizacional) (Chiavenato, 1995).

A corrente humanística aposta nas pessoas que trabalham e que participam nas organizações, contrapondo o antes defendido pela gestão científica, que enfatizava a estrutura organizacional, e pela teoria clássica, cuja ênfase se centrava na tarefa (Ferreira *et al.*, 2001).

É, ainda, com a teoria das Relações Humanas, que surge a dinâmica de grupos, que tem em conta os interesses de todos os componentes do grupo e que pode ser activada por estímulos e motivações que conduzam a uma maior harmonia e aumento do relacionamento. Segundo a Escola da Dinâmica de Grupos, o comportamento, as atitudes, as crenças e os valores do indivíduo estão firmemente ligadas aos grupos a que pertencem. Chiavenato (1995), defende que cabe ao gestor, aprender a influenciar e orientar o sentido das relações entre os indivíduos na organização, de modo a atingir, da melhor forma, os seus objectivos, criando condições para que os profissionais também consigam os seus objectivos individuais (Teixeira 2005).

Quando se fala em relações humanas, em dinâmica de grupos, torna-se quase inevitável, falar de liderança. Foi também, com a Teoria das relações Humanas, que passou a constatar-se a importância da liderança informal sobre o comportamento das pessoas. A partir de 1950, Robert Bales e Douglas McGregor, fazem as primeiras pesquisas sobre gestão baseada na liderança. Bales, dá grande relevo aos grupos e à sua liderança classificando-os em dois tipos: **líder de tarefa**, onde os objectivos do grupo estão centrados na tarefa e **líder social** onde os objectivos estão centrados no desenvolvimento, coesão e encorajamento à colaboração entre os membros do grupo. O conceito de liderança repousa sobre uma relação funcional, somente existindo quando um líder é percebido por um grupo como o possuidor ou controlador de meios para a satisfação de suas necessidades. O líder, possui, à partida, determinadas características para poder ser o escolhido e aceite pelos restantes membros do grupo, tais como: habilidade pessoal, conhecimento, dinheiro, relacionamentos, propriedade, entre outras (Parreira, 2005).

Mcgregor em 1960, desenvolveu duas teorias diametralmente opostas que põe em confronto o comportamento das pessoas. Segundo uma das teorias, a maioria das pessoas não gosta de trabalhar, só o fazendo mediante ofertas de prémios ou punições. Têm de ser dirigidas e controladas, evitam responsabilidade ou tomada de decisão, são egoístas e resistentes à mudança. A esta teoria, Mcgregor designou chamar-lhe (teoria X). A outra teoria defende que os trabalhadores gostam de assumir responsabilidades e preferem o auto-

controlo. As pessoas são direccionadas para alcançar as metas que se propuseram, apresentam capacidade individual de atender às necessidades pessoais de crescimento e são imaginativas/criativas (teoria Y). McGregor, afirma que os gestores adoptarão comportamentos diferentes em relação aos seus subordinados, conforme admitam os pressupostos de cada uma das teorias referenciadas (Hrumm, 2005).

As escolas enquadradas na perspectiva humana preocuparam-se fundamentalmente com o lado humano das organizações, as escolas de gestão incluídas na perspectiva estrutural desenvolveram as suas pesquisas visando a estruturação da organização e a forma de executar as tarefas. Nesta época (era da industrialização neoclássica – 1950/1990), ocorriam as mudanças mais rapidamente, mais intensamente e eram pouco previsíveis. A velocidade de mudança começou a aumentar. O velho modelo burocrático e funcional, centralizador e piramidal utilizado para formatar as estruturas organizacionais, tornou-se inflexível e vagaroso para acompanhar as mudanças no ambiente. As organizações tentaram novos modelos de estrutura que pudessem proporcionar mais inovação e melhor ajustamento às novas condições. Surge aqui a estrutura matricial, com a respectiva departamentalização por produtos/serviços na procura de dinamismo e criatividade. A velha concepção das relações industriais foi substituída por uma nova visão de gestão de recursos humanos. As pessoas são encaradas como recursos vivos na organização e não como factores inertes e, isto é um factor importante. Nesta época, a tecnologia começa a influenciar poderosamente a vida dentro das organizações (Chiavenato, 2006).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento do conhecimento nesta área tem vindo a assentar na integração das duas perspectivas, a estrutural e a humana. São exemplos desta perspectiva integrativa a Escola Sociotécnica, a Teoria dos Sistemas, a Teoria da Contingência e a Abordagem da Gestão pelos papéis desempenhados pelos gestores.

Trist, Bamforth e Emery (1951-1969) são os nomes dos autores que ficaram ligados à escola sociotécnica. Esta corrente de pensamento defende que as relações humanas e os comportamentos de grupo são influenciados pelo sistema técnico em que as pessoas trabalham. Nesta abordagem, a organização, é vista como um sistema assente em dois pilares interdependentes: o técnico (exigências das tarefas em termos de conhecimentos, do tipo de equipamentos e das características da matéria-prima e instalações) e o social (que se reporta às pessoas e suas interacções) (Teixeira, 2005; Parreira, 2005). Cada um destes factores, técnico e social devem ser considerados e equilibrados em organizações bem sucedidas.

A Teoria Geral dos Sistemas, surgiu nos anos 40-50, com Ludwing Von Bertalanffy, que mostrou que nenhuma organização existe no vácuo ou é autónoma e livre no seu funcionamento. Ao contrário, a organização é visualizada como um sistema que opera num meio ambiente, do qual recebe as suas entradas e coloca os seus produtos/serviços (Teixeira, 2005; Chiavenato, 1999a).

Após a década de 70, algumas pesquisas mostraram que as organizações capazes de adaptar-se e ajustar-se continuamente às mudanças ambientais com maior desenvoltura e agilidade tornam-se bem sucedidas (Chiavenato, 1999a). Na perspectiva da teoria da contingência, não existe uma única forma universal da organização se estruturar, pois condições estruturais diferentes ditarão estruturas diferentes (Parreira, 2005). As contingências obrigam a adopção de modelos adequados à situação específica⁴. Chiavenato (1999a), defende que as organizações que não conseguem adaptar-se, não sobreviverão e desaparecerão. Daí a necessidade contínua de mudança, através da inovação, renovação, revitalização e melhoria constante como meios de alcançar a sobrevivência, o crescimento e o sucesso.

A teoria geral dos sistemas assim como a teoria da contingência, dão ênfase ao ambiente e tecnologia dentro da organização (Chiavenato, 1999a).

Lawrence e Lorch (1986) foram os autores que melhor exploraram a teoria da contingência. Dos estudos efectuados por estes, emergem alguns aspectos das organizações: a **funcionalidade e competitividade** advêm da capacidade de ajustamento às contingências da envolvência e à **maior complexidade e incerteza do ambiente externo** reclama-se maior diferenciação e integração no seu funcionamento interno, **não existe nenhum modelo organizacional óptimo** para as organizações. A eficiência e competitividade advêm da adaptação às contingências mediante diferenciação e integração funcional e estrutural, a **regulação de conflitos** deve ser sustentada na acção dos integradores, que, para o efeito, devem ser competentes, motivados e estimulados por um sistema de justiça e de recompensas exequível na sua acção específica (Parreira, 2005; Ferreira *et al.*, 2001).

As abordagens contingenciais tornaram possível o desenvolvimento da análise das organizações como sistema aberto, as estruturas, o desenho organizacional, os níveis hierárquicos da autoridade formal, os papéis, as normas, o processo de tomada de decisão e a

⁴ “A estrutura e a dinâmica da organização são aspectos totalmente dependentes das condições ambientais [...] o ambiente constitui a variável dependente e as características organizacionais funcionam como variáveis dependentes” (Chiavenato, 1999a: 56).

liderança que estão na base do funcionamento das organizações passando a ser objecto de um processo de adaptação e de reacção sistemática, face às contingências do ambiente externo (Ferreira *et al.*, 2001).

Mintzberg, estudou a actividade dos gestores em várias organizações e concluiu que geralmente, os gestores não actuam de acordo com as funções clássicas da gestão – planeamento, organização, direcção e controlo, mas sim, agem como actores desempenhando uma série de papéis que agrupou em três dimensões: interpessoal (figurativo, líder e de relação), informativo (receptor, disseminador de informação e transmissor) e decisivo (empreendedor, solucionador de distúrbios e distribuidor de recursos) (Teixeira, 2005). A abordagem de Mintzberg ao comportamento dos gestores complementa várias teorias baseadas no comportamento, como a teoria da dinâmica de grupos, da liderança, entre outras, destacando o indivíduo e a motivação (papéis interpessoais), a comunicação e a liderança (papéis informativos) e tomada de decisões (papéis decisivos).

Esta época (era da informação – após 1990), caracteriza-se pelas mudanças rápidas, imprevistas e inesperadas. A tecnologia da informação transformou o mundo numa aldeia global. A competitividade tornou-se mais intensa nas organizações. A estrutura organizacional em matriz, tornou-se insuficiente para dotar as organizações de agilidade, mobilidade, inovação e mudança necessárias para suportar as novas ameaças e oportunidades. A organização desta época é fluida e flexível, totalmente descentralizada, redes de equipas multifuncionais. Os órgãos (departamentos, divisões) deixam de ser definitivos, os cargos e funções passaram a ser constantemente definidos em razão das mudanças no ambiente e na tecnologia, os produtos/serviços são ajustados às necessidades e exigências do cliente. O recurso mais importante deixou de ser o capital financeiro e passou a ser o conhecimento. As pessoas e os seus conhecimentos e habilidades mentais passaram a ser a principal base da organização (Chiavenato, 2006).

Assim, da análise resultante das escolas de pensamento anteriormente descritas é possível observar que cada autor percebia a organização focalizando a sua atenção para determinados fragmentos da mesma. Focalizavam com especial atenção alguns aspectos da gestão deixando de lado outros igualmente importantes, mas que não fazem parte da sua preocupação. Daí resulta que, determinadas organizações enfatizaram as tarefas operacionais, outras preocupam-se com a sua arquitectura, outras voltaram-se para as

peçoas, algumas mostraram a importância da tecnologia na vida organizacional e houve aquelas que se concentraram no impacto do ambiente sobre as mesmas.

A teoria da gestão tem vindo a sofrer uma contínua e gradativa ampliação do enfoque, indo desde a preocupação com a tarefa no nível individual do operário até à focalização externa no contexto ambiental que envolve a organização, crescendo através da constante mudança de paradigmas (Chiavenato, 1999a). Para o autor, em plena era de globalização da economia mundial, a gestão segue o mesmo caminho de ampliação, via gradativa, deixando os antigos modelos normativos e prescritivos para adoptar novos modelos descritivos e explicativos. Hoje, o gestor, não deve ser um mero implementador de normas ou procedimentos, mas sim, alguém que sabe diagnosticar e avaliar cada situação para decidir o que deve ser feito. Numa organização, as tarefas internas, a estrutura organizacional, as pessoas que representam a inteligência, a tecnologia utilizada para as operações e o ambiente em que se vive e opera são as principais variáveis que, em simultâneo, afectam a gestão contemporânea, cada uma delas com a sua força própria dentro da situação envolvida.

Seguindo esta linha de pensamento Lopes *et al.* (2005: 1) afirmam que “a organização surge quando se escolhe a intenção da organização e se estabelece, assim, qual o seu domínio de actividade e, conseqüentemente, qual a sua fronteira; quando se subdividem as principais tarefas a executar pelos indivíduos na organização e se integram as pessoas na mesma.” Desta definição é possível identificar claramente três objectos, representando um determinado aspecto de interesse da realidade organizacional, caracterizadores da organização: **A intenção, o trabalho e as pessoas**⁵. Aos gestores é atribuído o papel de gerir a intenção, o trabalho e as pessoas dentro da organização de forma a se adaptarem às mudanças globais utilizando métodos, técnicas e ferramentas para o efeito.

⁵ **Intenção** – orienta e justifica a existência do trabalho da organização e representa uma situação desejada que se procura alcançar para dar respostas a situações reais do meio ambiente. A intenção é geralmente expressa a nível de objectivos que a organização tenta alcançar e que são consubstanciados através da sua estratégia. **Trabalho** – não é mais do que o exercício para fazer ou conseguir alguma coisa, podendo ser levado o cabo por pessoas ou máquinas. Normalmente é expresso em termos de processos ou actividades das quais se obtém um resultado, podendo este ser um produto ou um serviço. **Pessoas** – São quem realiza o trabalho organizacional. Ao participarem nas diferentes actividades organizacionais, podem alterar a forma como foi desenhada a execução da actividade, conforme os seus interesses, opiniões e motivações. O homem não é visto como um simples braço da organização, mas como alguém que pensa e que participa na organização. As pessoas são importantes fontes de conhecimento tão necessárias às organizações (Lopes *et al.*, 2005).

A história da gestão evidencia como os gestores se adaptaram às mudanças para gerir as suas organizações. “Na nova economia global, que emerge lentamente, os recursos humanos, as tecnologias da informação, a rapidez na tomada de decisões, as alianças estratégicas, a utilização das aptidões de uma força de trabalho diversificada e a perícia na combinação do individualismo com o trabalho em equipa, são elementos que podem criar oportunidades competitivas para qualquer organização” (Donnelly *et al.*, 2000: 3).

No contexto actual, os gestores representam na dinâmica organizacional uma importância relevante, na medida em que “na organização contemporânea, os gestores tendem a trabalhar essencialmente na decisão e, mais do que os seus superiores, estabelecem sentidos de direcção para as suas empresas ou instituições. A capacidade de gestão nestes tempos de turbulência e transformações, exige, capacidade analítica, de julgamento, de decisão, de liderança e de enfrentar riscos e incertezas [...] capacidade de negociação entre interesses e procuras múltiplas e de integração de factores organizacionais”, onde os fluxos de informação são parte integrante do seu dia a dia de trabalho (Motta, 1996, citado por Nogueira, 2004:17). Da mesma opinião, encontra-se Chiavenato (1999c: 58) que defende que “para serem bem sucedidos, os gestores precisam conhecer todos estes diferentes enfoques e abordagens para chegar a uma visão panorâmica e ampla do seu trabalho”.

2.1.2 – Sobre a gestão das organizações hospitalares

Além dos desafios da gestão em termos de diversidade de organizações e complexidade do ambiente em que operam, outras forças ajudarão a complicar o panorama com que se defrontam os gestores, uma vez que vivemos num mundo mutável e turbulento, onde a mudança é o aspecto constante (Chiavenato, 1999a). Todas estas mudanças provocam profundos impactos na vida das organizações, na medida em que estas fazem parte integrante e inseparável da sociedade. Para Mezomo (2001), em tempo de mudanças profundas e radicais, as organizações que não souberem antevê-las ou que quiserem simplesmente resistir a elas serão destruídas.

A globalização e a revolução tecnológica no final do século XX começaram a delapidar as fronteiras entre os países, a expansão do comércio internacional e a incrível mobilidade dos capitais fazem com que as nacionalidades sejam cada vez mais uma dimensão cultural e cada vez menos uma dimensão económica. A tecnologia da informação

faz com que em milésimos de segundos, as notícias e as informações cruzem o planeta, aproximando as pessoas e fazendo do mundo uma verdadeira aldeia global. Neste contexto, as organizações têm pela frente um horizonte muito amplo que oferece oportunidades, apresenta ameaças, riscos e contingências (Chiavenato, 1999a).

As organizações do início do século XX, rígidas e organizadas em torno de um sistema tradicional, foram suplantadas por outras onde a informação e o conhecimento tornam-se recursos estratégicos fundamentais para a sua gestão, fazendo frente a um ambiente incerto e que exige flexibilidade e rapidez na tomada de decisão. Actualmente, as organizações deixaram de ser amorfas, atónicas e fragmentadas, para serem simplesmente lógicas, racionais e atentas a novos conceitos relativos à mecânica. Caminham para uma realidade muito mais viva, holística e capaz de se adaptar a um mundo em constante mudança, com condições de mercado altamente competitivos e uma concorrência cada vez mais acirrada (Silva e Neves, 2003).

Nesse sentido, Petit e Dubois (1998), afirmam que a capacidade de construir e reconstruir rapidamente colectivos inteligentes é estabelecida como a vantagem decisiva para fazer frente à competitividade no espaço económico mundializado. Num espaço de comunicação mundial, aberto, dinâmico e infinitamente explorável, cada pessoa é um potencial emissor e receptor. As novas tecnologias transformam o mundo do trabalho, redefinindo os elos entre as organizações. Estas devem abrir-se a uma circulação contínua e sempre renovada de experiências científicas, técnicas, sociais, entre outras, o saber parece tornar-se a nova infraestrutura.

Robbins e Coulter (1998) são da opinião, que uma organização que representa um conjunto de pessoas que trabalham juntas, visando alcançar um propósito específico distinto e expresso por objectivos, desenvolve uma estrutura sistemática que define e delimita o comportamento dos seus membros. Para Chiavenato (1999b), as organizações no contexto actual, procuram quebrar as barreiras existentes entre elas, entre os seus colaboradores, os seus clientes, tornando-se mais flexíveis e aumentando a sua capacidade de resposta e adaptação. O gestor desempenha aqui um papel primordial tomando decisões, distribuindo recursos, controlando actividades de outros para atingir objectivos, sendo responsável pelo trabalho que é realizado através do esforço de uma ou mais pessoas, de forma a criar oportunidades para que os indivíduos e grupos contribuam fortemente para a organização (Schermerhorn *et al.* 1999; Robbins, 1998). Ainda segundo os autores, a organização que

tem a sua missão bem definida e os seus objectivos bem estabelecidos, sabe qual é a sua meta. Aos gestores compete delinear as estratégias para a atingir.

Citando Teixeira, (2005: 3) “o que cada vez mais determina o desempenho e o sucesso de qualquer organização é a qualidade da sua gestão⁶. Como tal, o gestor deverá desenvolver uma série de funções com o intuito de realizar todos os esforços, em todas as áreas e em todos os níveis da organização de forma a poder atingir os objectivos e decidir em conformidade.

No Quadro 2.1 podemos observar de forma resumida o conjunto das funções ou actividades primárias que fundamentam todo o processo de gestão, que os gestores tenderão a levar a cabo nas organizações onde estão inseridos.

Quadro 2.1 – Funções da gestão

Planear	Organizar	Liderar	Controlar	Alcançar o propósito da organização
Pensar antecipadamente nos objectivos e acções a desenvolver. Preparar e apoiar o futuro através da acção definindo objectivos de desempenho e identificando medidas estratégicas para atingi-los.	Determinar que recursos e que actividades são necessárias para serem atingidos os objectivos da organização, combinando-os numa estrutura formal e atribuindo responsabilidades pela realização dos objectivos, delegando autoridade necessária para a execução das suas atribuições.	Dirigir, influenciar, coordenar e motivar os funcionários a realizar tarefas essenciais. Seleccionar canais de comunicação eficazes e resolver conflitos.	Monitorização do desempenho. Certificar-se que as acções desenvolvidas estão em consonância com os objectivos estabelecidos pela organização.	

Fonte: Adaptado de: Parreira (2005) Schermerhorn *et al.*, (1999), Robbins (1999) e Robbins e Coulter (1998)

Aos diversos níveis⁷ de gestão (institucional, intermédio, operacional) é atribuída uma importância relativa às suas funções, não sendo exactamente a mesma. A tomada de decisão é a verdadeira essência da gestão estando presente em cada uma das funções e em cada um dos níveis de gestão referidos. Os gestores participam no processo de decisão estabelecendo e acompanhando os objectivos organizacionais. A eles é imputada a responsabilidade pela resolução de problemas e implementação de decisões, manutenção e sobrevivência do sistema e dos seus funcionários, tendo presente as pressões para dominar o

⁶ Gestão é entendida por Teixeira (2005) como “o processo de se conseguir obter resultados (bens ou serviços) com o esforço dos outros.

⁷ **Níveis Institucional** encontram-se os responsáveis por tomar decisões organizacionais e determinar políticas e estratégias que afectam todos os aspectos da organização. A título de ex: membros do conselho de administração, presidente, ministro, conselho de gestão. **Nível Intermédio** encontra-se a componente tática – gestão intermédia, inclui todos os níveis de gestão entre o nível de supervisão e o topo da organização. Aqui podemos encontrar directores de divisão, directores de área, directores funcionais, directores de departamento, entre outros. Por último a **nível Operacional**. - Componente técnica – execução de rotinas e procedimentos. Corresponde a supervisores, chefes de serviço, chefes de secção entre outros (Teixeira, 2005; Robbins e Coulter, 1998).

ambiente externo e interno, as estratégias disponíveis e utilizadas e ainda os mecanismos que dão forma ao exercício efectivo do poder dentro da organização (Nogueira, 2004).

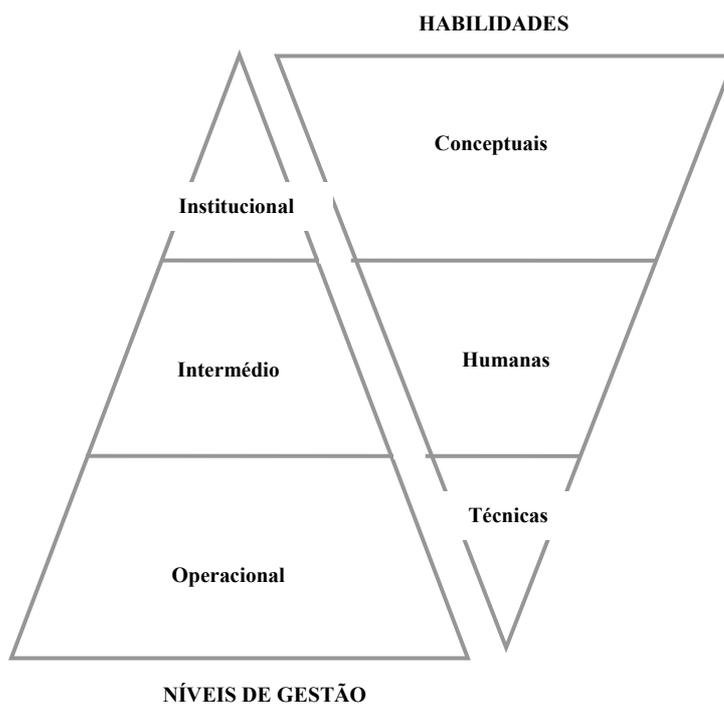
As organizações de saúde, devem acompanhar os padrões de exigência de hoje, respondendo aos desafios de uma nova sociedade, desenvolvendo uma nova cultura organizacional recorrendo aos sistemas e tecnologias de informação e da comunicação (TIC). O rápido desenvolvimento das TIC tem tido um papel fulcral na transformação das organizações de saúde, aceitando-se a importância que hoje a informação tem para as mesmas, sendo a sua gestão e aproveitamento um dos factores que mais influência tem no seu sucesso das mesmas. Sabendo que na saúde tudo depende de um “papel” – uma ordem médica, uma circular informativa, um pedido de exame complementar de diagnóstico, controlo administrativo, arquivo, entre outros, é pertinente que se estabeleça uma plataforma de suporte documental consubstanciada num sistema de gestão documental de natureza electrónico. Este suporte electrónico pode ser traduzido em sistemas de informação (SI) de apoio aos profissionais de saúde dos quais poderão resultar benefícios, para os profissionais de saúde, clientes e organização de saúde em si. Entre esses benefícios, podemos encontrar entre outros, uma melhoria dos acessos, precisão e velocidade de informação, menor tempo na procura de documentos, garantia de informação em tempo útil, controle de acessos a documentos sensíveis, melhoria na tomada de decisão no tempo certo com os documentos necessários (Valentin, 2000).

Para o mesmo autor, inserir na estratégia organizacional os SI, tendo em conta a sua gestão eficaz/eficiente, resultará na criação de valor acrescentado e vantagens competitivas para a organização de saúde. A gestão moderna, exige que a tomada de decisão seja feita com o máximo de informação. Quanto mais global e estruturado for o SI, mais flexível poderá ser essa organização, na medida em que vai actuar sob a forma de análise da organização e seus sistemas envolventes, vai funcionar como um instrumento de mudança estratégica na estrutura organizacional, colocando novos desafios e exigindo a utilização de novas metodologias com a presença de TIC, na medida em que estas constituem um potencial de desenvolvimento para as organizações.

Nas organizações de saúde, de forma a conseguir uma gestão rigorosa, baseada na eficiência e eficácia dos serviços que dispõe, deve o gestor possuir e desenvolver continuamente várias habilidades que se traduzam na capacidade de transformar o conhecimento em acção e que daqui resulte o desempenho desejado dos seus colaboradores, dominando assim, a natureza desafiadora do seu trabalho (Schemerhorn, 1999).

A informação passou a exercer novos valores, decorrentes do uso e principalmente pelo fluxo intenso na transmissão, alterando o seu significado nas organizações. A informação presente nas organizações, seja na utilização de redes de computadores, na gestão dos recursos humanos, materiais, financeiros, na gestão de sistemas de informação, entre outras, alicerçam novos valores na cultura organizacional. Surge a preocupação dos gestores de converter a informação em produtividade com qualidade, inserida num ambiente com características de diversidade próprias das organizações de saúde (Valentim, 2000).

Analisando as organizações sob o prisma dos diferentes níveis hierárquicos da gestão com as diferentes habilidades⁸ dos gestores, obtém-se que cabe aos mesmos possuírem um grau de desenvolvimento necessário de habilidades que estão directamente relacionadas ao nível de gestão em que cada um se situa. Na Figura 2.2 podemos observar a distribuição do grau de necessidades das diferentes habilidades, conforme o nível de gestão.



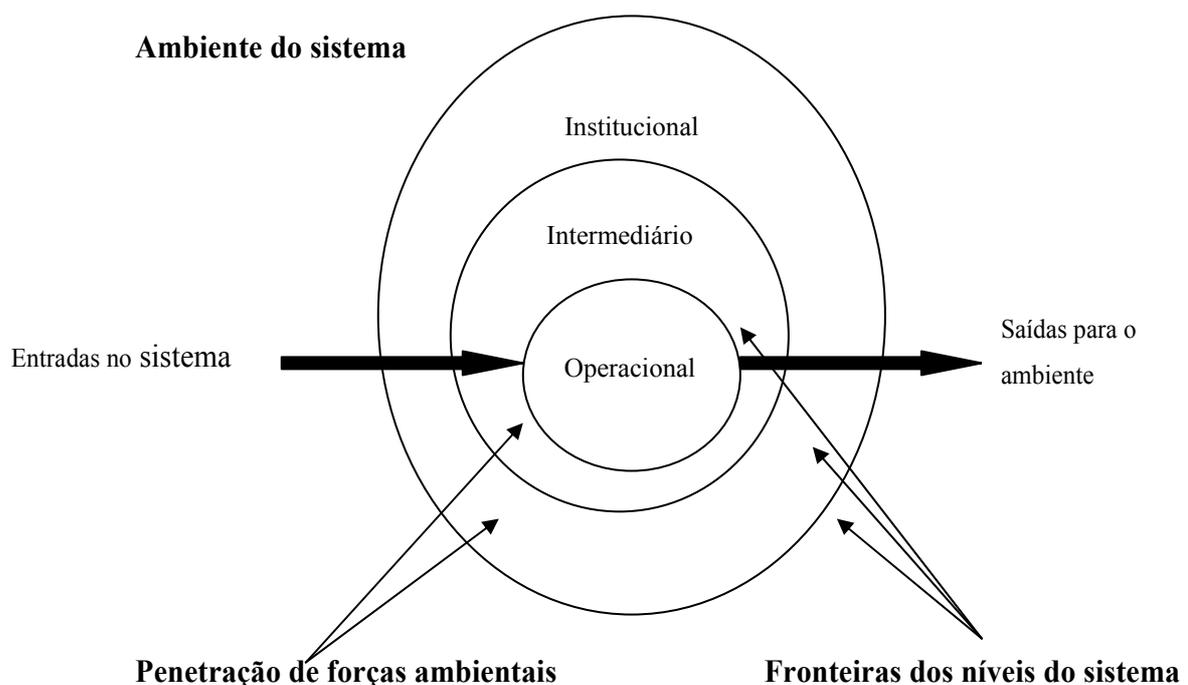
Fonte: Adaptado de Teixeira (2005); Chiavenato (1987), Chiavenato (2006).

Figura 2.2 – Habilidades necessárias em diferentes níveis de gestão

⁸ **Habilidades conceptuais** - É a capacidade para apreender ideias gerais e abstractas e aplicá-las em situações concretas. Permite que o gestor se comporte de acordo com os objectivos da organização total e não apenas de acordo com os objectivos e as necessidades do seu grupo imediato. **Habilidades técnicas** - Consiste em utilizar conhecimentos, técnicas, métodos e equipamentos necessários para a realização de tarefas específicas e **Habilidades de relações humanas** - É a capacidade e discernimento para trabalhar com pessoas., compreender as suas atitudes e motivações e aplicar uma liderança eficaz (Teixeira, 2005).

À medida que se sobe do nível inferior para níveis superiores na organização, diminui a necessidade de habilidades técnicas, enquanto aumenta a necessidade de habilidade conceptual (Chiavenato, 1995; Chiavenato, 2006). A importância relativa das habilidades de gestão varia de acordo com o nível de gestão, sendo que as habilidades técnicas são mais importantes nos níveis inferiores, onde os supervisores precisam lidar com os problemas concretos. As decisões de âmbito mais geral, mais ambíguas e que envolvem longo prazo, dominam as preocupações do gestor de alto nível, passando as habilidades conceptuais a ser as mais importantes. As habilidades humanas têm importância consistente em todos os níveis de gestão (Schermerhorn *et al.*, 1999).

Chiavenato (2006) exprime a sua opinião afirmando que na realidade, não há uma nítida e permanente separação entre os três níveis da organização, podendo haver até sobreposição entre eles. Contudo, há uma enorme diferença no funcionamento de cada um dos três níveis. O nível institucional, por manter interação com o ambiente externo da organização, funciona como sistema aberto, tendo em conta que está em permanente contacto com a incerteza, a indefinição, a complexidade e a imprevisibilidade de que é composto o ambiente. O nível operacional baseia-se na certeza e na previsibilidade para poder funcionar com rigor. Funciona como sistema fechado, com pouca flexibilidade procurando a máxima eficiência possível. A Figura 2.3 resume a relação entre os níveis de gestão.



Fonte: Adaptado de Chiavenato (2006).

Figura 2.3 – Relação entre os níveis institucional, intermédio e operacional

Assim, as organizações são sistemas abertos que se defrontam com as incertezas que provêm das contingências externas impostas pelo ambiente e que penetram pelo nível institucional. A este nível procura-se a eficácia tentando tomar decisões que visem aproveitar as oportunidades ambientais, defender-se de ameaças e neutralizar as coações e contingências vindas do ambiente procurando alcançar a satisfação. Também são sistemas fechados, uma vez que o sistema operacional funciona na certeza e na previsibilidade, procurando a eficiência nas operações executadas dentro de programas, rotinas, e procedimentos padronizados.

Nas organizações de saúde, as TIC têm um papel fundamental, para o desenvolvimento das habilidades dos gestores, qualquer que seja o nível em que este se encontra. As competências essenciais e o conhecimento colectivo baseiam-se em informações, conhecimento e experiência. Assim sendo, o desafio para essa área é identificar, encontrar e/ou desenvolver e implementar tecnologias e sistemas de informação que apoiem a comunicação na organização e a troca de ideias e experiências de forma a facilitar e incentivar as pessoas a unirem-se, a participarem, a tomarem parte em grupos. Nesse sentido, os gestores devem tentar reorganizar a instituição de forma a obter uma nova arquitectura de informação que inclua novas linguagens, categorias e metáforas para identificar e desenvolver perfis e competências; uma nova arquitectura tecnológica que seja mais social, aberta, flexível, que respeite e atenda às necessidades individuais e que dê poder aos utilizadores; uma nova arquitectura de aplicações mais orientada para a solução de problemas e para a representação do conhecimento, do que somente voltada para a transacção de informação (Brandão e Guimarães, 2001).

Tanto para os gestores, como para os profissionais de saúde, perante a revolução das TIC, é necessário que estes possuam conhecimentos e habilidades para utilizar as ferramentas de informática, actualizando-se continuamente, de forma a utilizar eficientemente os SI. Na opinião de Chiavenato (1999b: 62), “O futuro do mundo dependerá da habilidade dos gestores em utilizar construtivamente os conhecimentos do passado, ajustar rapidamente o presente e preparar a organização para o salto decisivo em direcção ao futuro com a adopção de novos procedimentos compatíveis com os desafios do século XXI”, onde é imperioso que se estabeleçam fluxos de informação permanentes.

2.1.2.1– Ambiente e cultura na gestão hospitalar

A preocupação com o ambiente nas organizações é uma realidade, pois este cria incerteza e imprevisibilidade para os seus gestores. Como os eventos ambientais mudam rapidamente em função de inúmeras variáveis envolvidas, o gestor não consegue absorver e conhecê-las todas, nem mesmo perceber quais serão as suas tendências e resultados. A incerteza significa que o gestor não tem informação suficiente sobre os factores ambientais para compreender e refazer mudanças e necessidades (Chiavenato, 1999a).

Nogueira (2004), citando Tobelem (2001), Dutra (1989) e Foucault (1987a), afirma, que vivemos numa era e numa sociedade de organizações em permanente transformação, daí resultando uma série de mudanças que advêm de um conjunto de factores que desempenham um papel muito importante, como os factores ambientais, estimulando as organizações a adaptarem-se e a inovarem na procura da (in)formação da sua identidade e daquilo que vem a ser o objectivo final de toda a organização; ganhar e, conseqüentemente, sobreviver.

Os gestores estão a enfrentar mudanças nos seus ambientes de trabalho. As organizações estão envolvidas numa transição tempestuosa para uma economia global, dirigida pela informação. O desempenho dos gestores está constantemente a ser posto à prova, devido às muitas forças diferentes dentro e fora da organização, ou seja, o gestor tem que saber lidar com o ambiente externo e ambiente interno da organização, desempenhando as suas funções sob condições em permanente mudança (Donnelly *et al.*, 2000).

O funcionamento interno das organizações é sempre objecto de um processo de adaptação, de ajustamento e de reacção sistemática face às contingências do ambiente externo em que se inserem. As estruturas e funções das organizações, assim como os processos de decisão e de liderança são determinados pelas pressões e oportunidades do ambiente externo. As novas tecnologias não só transformaram substancialmente as mediações e interacções entre homem e máquina, a natureza da energia e das matérias-primas utilizadas, como mudaram substancialmente o funcionamento das organizações no campo das relações interpessoais, processo comunicacional, organização do trabalho, estruturas e respectivo desenho organizacional (Ferreira *et al.*, 2001).

Qualquer organização existe para prestar serviços ou fabricar produtos, ou seja para satisfazer necessidades. A dimensão da organização e a sua forma é determinada por factores do contexto. A organização hospitalar, faz parte de uma rede vasta e complexa em que se

incluem os clientes, as equipas de tratamento, os fornecedores, os concorrentes, as entidades reguladoras entre outras. Estão sujeitas também ao impacto da economia, das tendências sociais e das inovações tecnológicas (Martin e Henderson, 2004). Esta rede complexa pode ser representada sob a forma de contextos/ambientes. **O contexto interno** “inclui as forças do dia a dia, dentro da organização em que os gestores desempenham as suas funções” (Donnelly *et al.*, 2000: 31). Para estes autores a relação Organização - Indivíduo tem por objectivo a permanente aprendizagem e crescimento pessoal e da organização. A comunicação interactiva e contínua merece destaque para a gestão dos negócios já que pode facilitar a compreensão do rumo desejado, mobilizar para o cumprimento das metas traçadas e estreitar as relações entre gestores e profissionais. Além disso, investir nas pessoas para que flua a consciência da sua missão pessoal e, ao mesmo tempo, partilhar a missão organizacional, traz maior facilidade no alinhamento de objectivos individuais a objectivos organizacionais e uma oportunidade incrível de aumentar o nível de satisfação dos profissionais obtendo o desenvolvimento da organização. Martin e Henderson (2004), são da opinião que, nesta categoria encontra-se o quadro de pessoal, os recursos e as instalações da organização. Estas componentes podem ser controladas em grande parte pelos seus gestores. O contexto interno é contudo influenciado pelo contexto externo, que não é possível à organização controlar.

Em relação ao **contexto externo**, Donnelly *et al.* (2000: 31), descrevem-nos como “todas as forças vindas de fora que actuam sobre a organização”. A consideração dos atributos de satisfação das partes interessadas no negócio como clientes, concorrência, accionistas, fornecedores, governos, comunidade e outras entidades externas é fundamental para a organização. A posição no mercado, a imagem institucional, o aprimoramento dos produtos, serviços e processos para atendimento a clientes, as estratégias de colocação de produtos/serviços em mercados e segmentos, o foco intenso nos clientes, as parcerias com fornecedores e concorrentes, o aperfeiçoamento dos meios de comunicação com o público externo são aspectos chave desta componente. Dentro desta categoria encontra-se o **contexto externo próximo**, que inclui os clientes, as equipas que prestam tratamento e os fornecedores concorrentes. Estas componentes estão todas próximas da organização e interactivam com ela nas formas mais diversas. Não podem ser controladas pela organização, mas podem ser influenciadas por ela. Também o **contexto externo distante** é parte integrante do contexto externo, sendo que diz respeito aos componentes que não podem ser

controlados e influenciados pela organização, e que incluem uma vasta gama de factores de natureza social, tecnológica, económica, ambiental e política. Todas as organizações têm de dar resposta ao impacto destes factores externos. Algumas respondem de uma forma mais solícita, rápida e com sucesso (Martin e Henderson, 2004).

Quando se fala de ambiente hospitalar, todos estes contextos tornam-se ainda mais importantes, uma vez que, em saúde aquilo que era verdade ontem pode deixar de o ser hoje, é necessário e quase obrigatório acompanhar todas estas alterações se se pretende ter uma organização competitiva e prestar serviços de qualidade, daí resultando ganhos para o cliente e para a organização.

Para garantir a viabilidade, as organizações hospitalares deverão ter a capacidade de monitorizar continuamente o seu ambiente externo, para poder perceber, as modificações ambientais que irão, provavelmente, afectar o ambiente interno. Se esta capacidade de percepção for estabelecida como uma função de rotina, as organizações hospitalares poderão tomar medidas para se ir adaptando e procurando em tempo útil tomar as providências necessárias de forma a não perder futuras oportunidades e defender-se de prováveis ameaças (Couto e Pedrosa, 2003).

Para que ocorra sucesso na gestão hospitalar é necessário, também, ter presente a forma como lidar com a cultura organizacional. Assim a Cultura Organizacional é um conjunto de valores, regras e normas que controlam as interações dos membros da organização entre si e com o meio externo. Determina a maneira como as pessoas se comportam e agem, de que forma tomam decisões e gerem o ambiente. Ela reflecte a situação da entidade num determinado momento e o sentimento daqueles que a compõem (Schein, 1992). A Cultura Organizacional é vista como “um modelo de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu no processo de aprendizagem, a fim de lidar com problemas de adaptação (externa) e integração (interna). Uma vez que tenham funcionado suficientemente bem para serem considerados válidos, tais pressupostos são ensinados aos demais membros da organização como a maneira certa de se perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas” (Nogueira, 2004: 79).

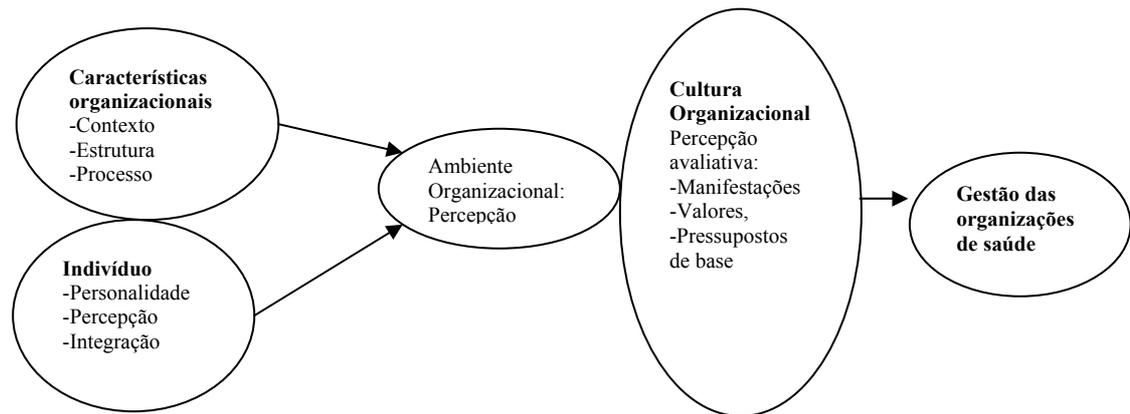
A cultura representa várias funções dentro da organização, (1) tendo um papel de definição de fronteira, criando distinções entre uma organização e outra, (2) transmitindo um sentido de identidade para os membros da organização, (3) facilitando o compromisso de alguém a alguma coisa e (4) intensificando a estabilidade do sistema social. A cultura ajuda a

manter a união da organização, fornecendo padrões apropriados para o que os colaboradores devam dizer e fazer. Serve ainda de controlo que guia e molda as atitudes e comportamento dos colaboradores (Robbins, 1998). Dentro das organizações, as culturas têm uma influência clara no comportamento dos membros da organização, elas comprometem e reforçam os membros para fazer para os outros e com os outros, coisas que são consideradas no melhor interesse dos objectivos organizacionais. Quando as culturas têm resultado, os comportamentos funcionais tornam-se a regra básica (Shemerhon, 1999).

O processo de formação da cultura organizacional é idêntico à formação de grupos, que compartilham as mesmas crenças, pensamentos, sentimentos e valores, que resultam de experiências e do processo colectivo de aprendizagem; significando isto, que sem a formação de grupos, não haverá cultura e que estes grupos, para justificarem as suas existências, tornam-se focos de formação de sub-culturas. Para as organizações, o problema surge em determinar em que medida este tipo de culturas prevalecentes contribuem e são eficazes ou não para a estratégia da organização (Nogueira, 2004). Pensando em gestão das organizações de saúde importa salientar que estas devem adequar a sua cultura aos propósitos para melhor satisfazerem os seus clientes.

As organizações de saúde, diferem das restantes organizações por serem específicas principalmente pelo seu objectivo de melhorar, modificar ou manter as condições ou o estado de saúde, físico ou mental dos indivíduos. Assim, são consideradas como pertencentes ao grupo das organizações humanas mais importantes. Para Cunha *et al* (2003), citado por Nogueira (2004: 82), “as unidades de saúde apresentam objectivos ambíguos, complexos e ambiciosos, quase sempre ligados a valores, normas, ideologias [...] tornando-se difíceis de definir, estando sob a influência do ambiente composto por uma multiplicidade de grupos sociais, com interesses e expectativas próprios. Além disso sofrem a influência de pressões externas, da indústria, dos políticos, e de toda a sociedade, possuidores de um certo grau de desenvolvimento técnico, económico e cultural.”

Na Figura 2.4 colocamos em resumo a perspectiva cultural e ambiental sobre a gestão organizacional.



Fonte: Adaptado de Leitão, 2006.

Figura 2.4 – Envoltente global

A cultura organizacional influencia directamente a gestão das organizações de saúde, uma vez que para avaliar o ritmo contemporâneo, as organizações necessitam estar atentas às rápidas transformações; adequando-se e antecipando-se às mudanças ambientais e incorporando-as nas produções internas. Para mudar, é necessário reestruturar as imagens que guiam as acções adoptando novos conceitos, novos comportamentos, convicções e valores que acompanhem a evolução dos tempos (Morgan, 1996). Falar em mudança é falar num processo árduo, diante do quase inevitável medo que o ser humano possui do desconhecido. Tende-se a resolver as situações da mesma forma que foram solucionadas anteriormente, ainda que não se trate da melhor decisão. Interferir na cultura de uma organização é trabalhar numa substituição que nem sempre é desejada ou aceite.

As mudanças que têm vindo a ocorrer nas organizações hospitalares passam por colocar em causa a cultura hospitalar dominante de “função pública” e ausência de “prestação de contas” para, em nome do interesse público e do serviço à população, se introduzir progressivamente uma cultura orientada para objectivos e resultados. Objectivos de carácter institucional, individual ou de serviço, são princípios estratégicos de mudança que importa fazer compreender e aceitar por todos os profissionais de saúde (DGS, 1998).

Deste modo, para clarificar o processo de mudança hospitalar, tendo presente a sua cultura e o seu ambiente, é importante perceber como evoluiu o Serviço Nacional de Saúde (SNS) até aos nossos dias, na medida em que toda a mudança vai de encontro às alterações que foram progressivamente introduzidas no mesmo, naquilo que se refere à gestão das organizações de saúde.

2.1.2.2. Serviço Nacional de Saúde – uma viagem pela história

De acordo com Serrão (2005), o SNS comporta três elementos: matéria⁹, energia e informação. De todos os três elementos do SNS, foi a informação que mais sofreu, nos últimos anos, a mais radical e espectacular das modificações.

A evolução dos sistemas de saúde foi ao longo dos tempos influenciada pelas políticas de saúde, subjacentes aos sistemas sociais. Até ao século XVIII, apenas as misericórdias providenciavam cuidados de saúde e unicamente aos pobres. No século seguinte apareceram alguns hospitais também vocacionados para os mais desfavorecidos; só no início do século XX, foi desenvolvida uma rede de funcionários para a área da saúde e quarenta anos mais tarde foram criadas maternidades, serviços médicos para crianças e programas nacionais de combate à tuberculose, lepra e doenças mentais, estendendo-se estes cuidados progressivamente aos trabalhadores e suas famílias, financiados através de contribuições obrigatórias de empregados e empregadores. Entre 1971-1985 deu-se o estabelecimento e expansão do SNS. A reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971 incluiu o estabelecimento dos Centros de Saúde, foi concebida no espírito daquilo que, sete anos mais tarde, vem a ser declarado, como “cuidados de saúde primários”. Apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro SNS.

A revolução democrática do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente. A criação de um SNS foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde. A nova Constituição estabelecia que todos têm direito à protecção da saúde, que se realizaria pela criação de um SNS universal, geral e gratuito. A lei do SNS (1979) declara que o acesso ao mesmo deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica.

Em 1984/5 após uma década de implementação dos centros de saúde de 1ª geração (com actividades predominantes na área da saúde pública), são fundidos com os Serviços Médico - Sociais da Previdência (que faziam medicina curativa), tornando-se no que se designa por centros de saúde de 2ª geração. Na década de 80, o SNS orientou-se para a contenção de custos, por força das pressões gerais sobre o crescimento da despesa pública.

⁹ **Matéria** – é toda a capacidade instalada, pública e privada, para prestar cuidados – equipamento; **energia** – é produzida pelos profissionais de saúde de todos os níveis e competências – energia humana e **informação** – o uso da base material pela energia pessoal exige informação (Serrão, 2005).

Consequentemente houve limitações sérias no financiamento disponível para iniciar as reformas sociais (OPSS, 2007).

De 1985-1995 dá-se a regionalização do SNS e um novo papel para o sector privado. Na década de 90, assiste-se à preocupação com os ganhos de eficiência com a efectividade na utilização dos recursos. O carácter universal e geral do SNS nunca foi posto em causa, já a característica de “gratuidade” evolui para “tendencialmente gratuito”. O Estado passou a assumir um papel no planeamento, financiamento, organização, prestação e avaliação da saúde, sendo as principais características do SNS: **Universalidade, gratuidade tendencial, Equidade, Prestação integral de cuidados globais ou garantir a sua prestação e Organização regional** através de uma gestão descentralizada e participativa. No final de 1995, iniciou-se um novo ciclo político, governado por um governo de um só partido (PS) que foi adoptando um processo de reforma cauteloso centrado em princípios da “nova gestão pública – *new public management*” aplicada à reforma do SNS.

A base jurídica da actual configuração do SNS remonta aos anos 90, aquando da aprovação da lei de bases da saúde (Lei de Bases da Saúde – DL 48/90), superando a dicotomia entre cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. Estas pretendem a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, numa gestão de recursos mais próxima dos clientes. Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS)¹⁰ através do DL n.º 156/99 de 10 Maio, que constituía um conjunto de recursos de saúde articulados segundo critérios geográfico-populacionais, implantado tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais para identificar as necessidades em saúde, de planeamento, coordenação, articulação e distribuição de recursos, de promoção de acesso, de avaliação de resultados, de desenvolvimento da formação e da investigação. Em 2002 é aprovado um novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, introduzindo modificações profundas na Lei de Bases da Saúde definindo um novo modelo de gestão hospitalar e admitindo modelos de gestão do tipo empresarial. O SNS é um sistema de prestação de cuidados de saúde universal, centralizado e público com propriedade pública dos hospitais e centros de saúde. O seu modelo de financiamento assenta nas receitas de impostos.

¹⁰ Um SLS é constituído pelo conjunto de centros de saúde, hospitais, instituições privadas com e sem fins lucrativos, organizações não governamentais e instituições comunitárias com intervenção no domínio da saúde, com sede na área geográfica definida para o SLS (DGS, 1998).

A expansão dos serviços de saúde e o aumento crescente dos gastos com a saúde, com influência directa no equilíbrio do Orçamento de Estado, criaram a necessidade de correcção dos problemas de financiamento, surgindo a empresarialização dos hospitais do SNS, evoluindo para um novo sistema de gestão e financiamento orientado para o cumprimento de objectivos fundamentais para o controle da despesa total, maximização da eficiência dos prestadores, manutenção/aumento da qualidade e responsabilização da gestão.

Com base no exposto, o Estado Português, através de um SNS, garante a toda a sua população o direito aos cuidados, qualquer que seja a sua situação económica e geográfica. Apoiar-se também num sector privado cujos preços controla, assegurando sobretudo os cuidados primários e hospitalares (Béresniask e Duru, 1999).

A saúde tem sofrido o impacto da globalização, o que tem vindo a provocar mudanças na assistência à mesma. A globalização aliada ao avanço tecnológico impõe uma nova forma de organização da saúde fundamentada num processo produtivo flexível, no trabalho realizado em equipas, nas organizações voltadas para a aprendizagem, para responder em tempo real às mudanças que vão ocorrendo na sociedade (Lopes, 2004). Nesse sentido, têm sido várias, as transformações ocorridas ao nível da gestão das organizações de saúde, na tentativa de uma maior eficiência na gestão e consequentemente na obtenção de ganhos.

A transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em empresas públicas empresariais (EPE), expressa-se com a publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, que de entre outras medidas, estabelece os processos de identificação das unidades hospitalares a integrar em EPE, envolvendo no processo as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as estruturas centrais do ministério da saúde. As unidades a transformar por Decreto Lei (DL) seriam seleccionadas, caso a caso, mediante o cumprimento de algumas condições, nomeadamente: dimensão média, dívidas acumuladas nunca superiores a 35% da despesa total do ano anterior e a competência comprovada da gestão. Na sequência da implementação destas medidas, a Assembleia da República aprovou a Lei nº27/2002 de 8 de Novembro, adoptando o novo modelo de gestão hospitalar, que se aplica aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde, constituindo a primeira alteração à Lei de Bases da Saúde.

Tem origem, deste modo, a expressão institucional modelos de gestão de tipo empresarial, consagrando-se e consolidando-se linhas de força de formas inovadoras de gestão, até agora adoptadas apenas ao abrigo do regime experimental previsto na Lei de Bases da Saúde, e a que os hospitais devem obedecer para, no respeito da sua natureza de estabelecimentos de carácter social, orientados e abertos para a prestação ao público de cuidados diferenciados de saúde, optimizarem a sua actividade. Esta nova lei, alterou disposições da Lei de Bases da Saúde de 1990 e aprovou um novo regime jurídico de gestão hospitalar. De acordo com ele, a rede de prestação de cuidados de saúde passou a integrar vários modelos de hospitais: hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), hospitais EPE, hospitais Sociedades Anónimas (SA), clínicas privadas com ou sem nome de hospital, instituições e serviços geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão e hospitais Parcerias Publico-Privadas (PPP) (Vieira, 2005).

No decorrer do ano de 2002 – 2003 foi aprovado e entrou em vigor, um projecto de empresarialização dos hospitais, com o intuito de fazer uma reforma estrutural no sector da saúde, visando o país de um sistema de saúde mais humanizado, mais eficiente e mais acessível, em especial aos grupos mais desfavorecidos da população e, ao mesmo tempo, reorganizando e revitalizando o SNS, centrando-se no cidadão e nas suas necessidades. O projecto de empresarialização enquadró 34 hospitais que constituíram 31 SA de capitais exclusivamente públicos; tendo por objectivo central o aumento da qualidade e o acesso dos cidadãos, a uma maior eficiência na gestão e o estímulo de uma prática profissional mais exigente e motivadora, dentre dos quais se enquadró o CHVR-PR. Este, é constituído pelo Hospital de São Pedro, em Vila Real onde está localizada a sede social, e pelo Hospital D. Luíz I, no Peso da Régua. É um hospital de média dimensão¹¹, serve cerca de 500.000 habitantes, pois abrange para algumas valências a parte norte do distrito de Vila Real, a parte sul do distrito de Bragança, o norte do distrito de Viseu e a área leste do distrito do Porto. Disponibiliza 30 especialidades médico-cirúrgicas e tem como factores de diferenciação uma unidade de cuidados intensivos polivalente, um centro de diagnóstico pré-natal, um centro de sangue e brevemente um centro de oncologia e radiologia (Unidade de Missão Hospitais SA, 2004).

A transformação dos hospitais SA em EPE foi publicada em DL, no final de Dezembro de 2005. O DL 233/2005, determina a transformação em EPE das 31 unidades de

¹¹ Todos os hospitais que detêm entre 200 e 600 camas e uma diferenciação da oferta de nível intermédio (INE, 2003).

Saúde a que o anterior Governo atribuiu o estatuto de SA de capitais exclusivamente públicos. Estas mudanças, segundo a legislação, deverão corresponder a uma melhor prestação de cuidados de saúde, através da optimização dos recursos. O capital estatutário dos hospitais EPE é detido pelo Estado e pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

A gestão empresarial aplicada aos hospitais, revela-se de grande importância, na medida em que se consegue um desempenho mais elevado, pois define objectivos claros e ambiciosos, os directores exercem uma liderança decisiva, os profissionais de saúde são mais capazes e competentes, os espaços hospitalares são mais ordenados e menos burocratizados. A estrutura organizacional do modelo empresarial é menos complexa do que o modelo convencional, com um centro de decisão localizado no interior da própria organização, com autoridade e controlo mais personalizado e directo, onde a liderança está voltada para a concretização dos objectivos da organização (Vieira, 2005).

A consciência da necessidade de aplicar conceitos modernos na gestão hospitalar, tem tido uma repercussão muito importante nos últimos anos. As técnicas e ferramentas de gestão, que têm vindo a ser aplicadas visam a optimização de processos. As organizações de saúde, necessitam de uma gestão rigorosa, tendo por base uma estratégia, considerando prioridades de distribuição os recursos disponíveis, (optando por um caminho em detrimento de outro, escolhendo uma aplicação com determinadas características ou não). Tendo em conta a grande complexidade e multiplicidade de serviços de uma organização de saúde, torna-se evidente, o desenvolvimento de um modelo integrado de informação e de conhecimento, aliado com uma estratégia de gestão que permita apoiar as actividades hospitalares. Segundo Lapão (2005), sem informação, não é possível fazer gestão, uma vez que em saúde, existe diversa informação relevante que é preciso ordenar e controlar, no sentido de obter uma gestão eficaz.

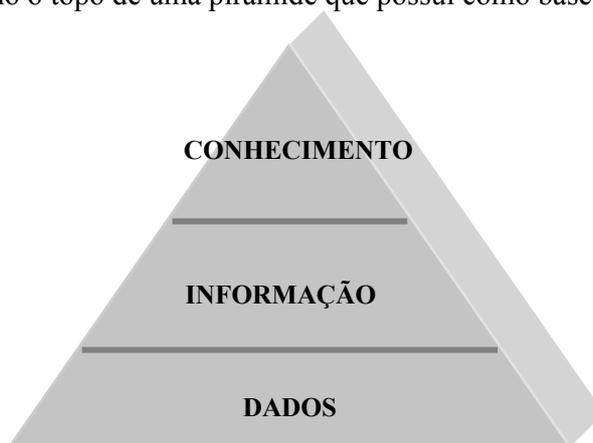
Nesse sentido, o CHVR-PR, adoptou SI para apoio à prática da sua gestão, dentro os quais, o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), o Sistema de Apoio aos Médicos (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) que desenvolveremos mais adiante.

Após o exposto, e percebendo que foram muitas as mudanças que têm vindo a ocorrer no SNS, dentre as quais fazem parte integrante e importante a informação como base de sustentação da gestão das organizações de saúde dos nossos dias, importa, agora, no

ponto 2.1.3 fazer alusão à importância da informação e do conhecimento nestas organizações, assim como tentaremos entender em que medida toda esta informação e conhecimento produzido na saúde interfere naquilo que diz respeito à tomada de decisão dos seus profissionais e dos gestores.

2.1.3 – A importância da informação e do conhecimento para a organização hospitalar

Importa, antes de mais, compreender o significado de informação e conhecimento que embora pareça significar o mesmo são na realidade dois conceitos bem diferentes. Informação e conhecimento não são sinónimos. A ineficácia generalizada na utilização da informação e do conhecimento nos processos de decisão é, por demais, evidente. A imensa riqueza e potencial dos dados e da informação não se convertem, de forma simples em conhecimento. Estabelecendo-se uma hierarquia de valores, pode-se identificar o conhecimento como o topo de uma pirâmide que possui como base, os dados.



Fonte: Davemport e Prusak (1998)

Figura 2.5 – Pirâmide do conhecimento

Davemport e Prusak (1998) definem **dados** como um conjunto de factos distintos e objectivos, relativos a eventos. Entretanto, os dados por si só possuem pouca relevância, uma vez que estes assumem algum propósito, ou significado, eles passam a ser considerados informações. As **informações**, por sua vez, são consideradas como tal, a partir do momento em que contêm uma mensagem a ser transmitida de um emissor para um receptor. A sua função seria mudar o modo como o destinatário vê algo, exercer algum impacto sobre seu julgamento e comportamento. Os dados transformam-se em informações a partir do momento que o seu criador lhes agrega valor. O **conhecimento** origina-se da informação da

mesma maneira que esta se origina dos dados. Entretanto, para ocorrer a transformação da informação em conhecimento, é necessário que haja um trabalho de comparação, análise das consequências e das conexões entre as informações e um processo de interlocução com outras pessoas para a validação do conhecimento.

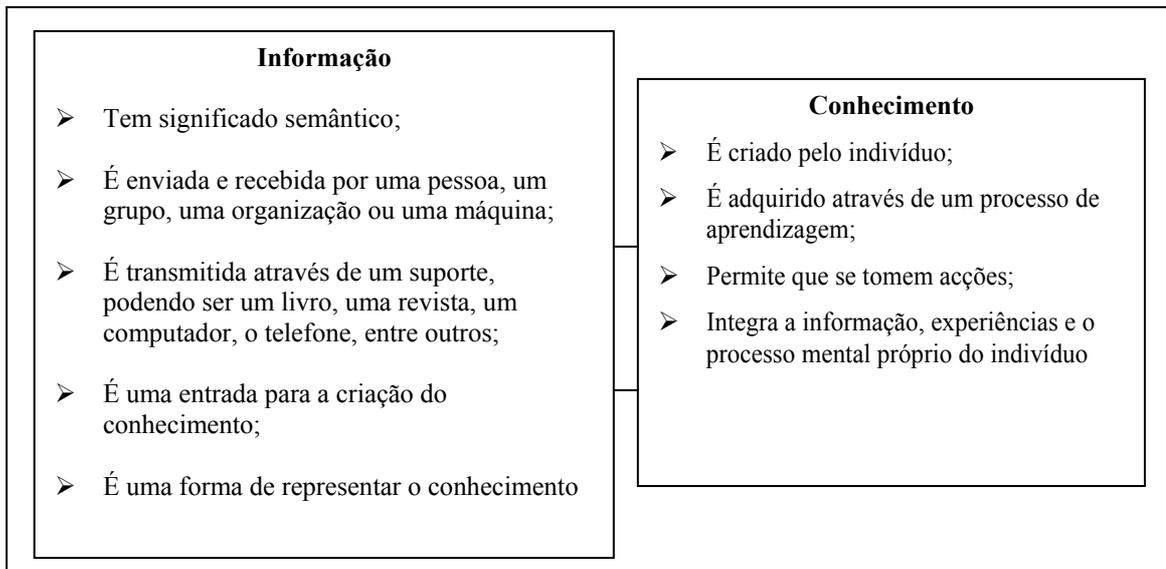
Segundo Mendes (2003: 201), “na origem da informação e do conhecimento estão apenas os dados. A sua interpretação por seres inteligentes e preparados, dá origem à informação, ou seja, a informação não existe objectivamente, é um conceito subjectivo. Dependendo de vários factores, por exemplo, a forma como os dados se encontram organizados ou são apresentados, uma informação pode ser orientada para o desenvolvimento de uma acção, para a tomada de uma decisão do tipo estruturado ou ainda para contribuir para o conhecimento [...] é possível orientar os dados de um sistema informático para que a informação que eles transmitem seja orientada para fornecer conhecimento”.

Dito de outra forma Davemport e Prusak (1998: 6) afirmam que “conhecimento é uma mistura fluida de experiência condensada, valores, informação contextual e *insight* experimentado, a qual proporciona uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informações”

O conhecimento só tem valor se for transformado em acção, permitindo a sua medição através de resultados, decisões correctas, eficiência de processos, qualidade e inovação de produtos. Os processos de transformação de informação em conhecimento implicam necessariamente a presença humana, no entanto, as tecnologias de informação tem um papel importante como facilitadores de acesso e armazenamento dos dados da informação, que nos permitem criar conhecimento (Silva e Neves, 2003).

Pode-se concluir que o conhecimento é possuído e criado pelo indivíduo podendo ser partilhado na organização através do que se designa por informação. As capacidades mentais dos indivíduos que constituem a organização não podem ser transferidas para outros, nem para a organização, apenas podem ser utilizadas pela mesma, enquanto os indivíduos pertencerem à organização (Lopes *et al.*, 2005).

No contexto organizacional, a informação e conhecimento tem diferentes significados, tal como se observa, em resumo, na Figura 2.6.



Fonte: Adaptado de Lopes *et al.*, 2005.

Figura 2.6 – Características da informação em comparação com o conhecimento

Dentro das organizações de saúde é imprescindível o uso de informação. As pessoas necessitam de informação para poder realizar o seu trabalho e decidir em conformidade. Qualquer actividade humana necessita de uma quantidade de informação que é condicionada pelas características dessa actividade, sendo que a exigência da informação está directamente relacionada com a utilidade e valor da informação. Esta só tem valor se, quando utilizada, permitir reduzir a incerteza. A necessidade de informação está associada, como afirma Lopes *et al.* (2005), às necessidades cognitivas do indivíduo, dado que a procura de informação de que este necessita deve-se à existência de lacunas no seu conhecimento. Assim, o indivíduo selecciona, de entre toda a informação disponível, aquela que lhe é útil e vai ser usada, permitindo responder a questões, compreender situações, tomar decisões e resolver problemas.

Choo (1998), citado por Lopes *et al.* (2005), perspectiva que a necessidade de informação nas organizações de saúde pode ser usada para atingir três objectivos: 1) **compreender o ambiente** – tomando consciência de mudanças ocorridas nas organizações que possam criar descontinuidade na sua actividade, nomeadamente identificando um conjunto de ameaças e oportunidades com as quais terá de trabalhar, 2) **criar novo conhecimento** – após detecção de problemas complexos e de se chegar à conclusão de que há lacunas no conhecimento existente para que possa resultar a sua resolução poderá surgir um novo conhecimento, uma inovação ou expansão das capacidades da organização e 3)

tomar decisões – Estas dizem respeito à identificação e avaliação das alternativas e respectivas soluções, de acordo com as preferências e os objectivos definidos pela organização.

Assim, na tentativa de entender como as organizações de saúde gerem a informação e o conhecimento faremos no ponto 2.2 uma breve exposição sobre o facto.

2.2 – SOBRE A GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR

A informação é considerada como o ingrediente básico do qual dependem os processos de decisão

Cautela e Polioni (1982)

O nível de exigência dos cidadãos, aliado à necessidade de aumentar a eficiência dos serviços de Saúde, impõe, à partida, um novo paradigma de gestão dos hospitais. Para que seja possível uma efectiva modernização e empresarialização hospitalar, é necessário, dotar os hospitais de um sistema de gestão, orientado para a satisfação dos clientes, que permita planejar os recursos existentes, proporcionar uma maior agilidade e autonomia, possibilite a criação e acesso à informação de suporte à gestão hospitalar, e que resulte em benefício imediato para o cliente. Segundo Carvalho (2000), para modernizar o sector da saúde importa construir um processo dinâmico e participativo conducente ao cumprimento do direito à protecção da saúde dos cidadãos e à satisfação das suas necessidades e expectativas em cuidados de saúde.

A filosofia organizacional dos hospitais deverá assentar na gestão administrativa e na gestão clínica que sendo autónomas, têm de estar integradas, exigindo novas formas de estruturar a informação de maneira a encontrar a coerência e a integração destes dois tipos de dados. Estamos a falar em informação rica em conteúdo e utilidade que permite gerar serviços de qualidade, facultando consultas a base de dados, centrais de informação e reduzir fortemente os processos burocráticos. Nesse sentido, é nossa intenção perceber como o CHVR-PR, gere toda esta informação. Contudo, antes de mais, faremos uma análise descritiva de alguns dados de interesse para a compreensão do facto.

2.2.1 – A mudança organizacional e os sistemas de informação

Actualmente, as organizações estão expostas a um ambiente dinâmico que faz com que a mudança seja um fenómeno constante. Estas mudanças têm geralmente associada uma estratégia para atingir determinado objectivo. A mudança organizacional pode ser provocada por factores externos ou internos à organização. Esta mudança é provocada pela necessidade de evoluir respondendo, desta forma, ao ambiente. Para responder a estes estímulos é usual

criar programas de mudanças estruturais, de redução de custos, de alterações de processos de negócio ou de alterações culturais (Mendes, 2007).

É impensável, nos nossos dias, as organizações limitarem-se a copiar práticas aplicadas por outras organizações, têm é de ser capazes de antecipar a mudança e de responder de forma inovadora. A mudança organizacional está na ordem do dia, podendo observar-se a mudança nos processos de gestão, nos procedimentos e na organização do trabalho, nas estruturas, na relação com o cliente e com o mercado, nas atitudes e nos valores dos colaboradores, entre outras (Ferreira *et al.*, 2001).

Independentemente da origem, natureza, composição ou dimensão da mudança, ela representa um grande desafio para qualquer organização ou gestor. A implementação de medidas que favoreçam a gestão das organizações requer um conjunto de mudanças ao nível da mesma. Cada organização, enquanto sistema aberto, procura otimizar as mudanças internas e externas implementando medidas, as que mais adequadas que lhe pareçam, analisando a sua envolvente, de modo a atingir os seus objectivos conduzindo aos resultados pretendidos (Tavares e Caetano, 2000).

Para se realizar a mudança torna-se imperioso conhecer o que de novo se pretende para a organização e seguir um processo capaz de atingir o objectivo da mudança a partir daquilo que se tem, diminuindo o desvio entre o que existe e o que se pretende (Lopes *et al.*, 2005). A título de exemplo, no Quadro 2.2 podemos observar algumas práticas de mudança organizacional mais frequentes.

Quadro 2.2 – Exemplos de práticas mais correntes de mudança organizacional

Práticas de mudança organizacional	<i>Benchmarking</i> , Desenvolvimento de sistemas de informação, Formação em competências sociais, Gestão da qualidade total, Gestão participativa, Planeamento de sistemas de informação, Redesenho de processos, Reengenharia de processos.
---	--

Fonte: Adaptado de Lopes *et al.* (2005)

A mudança numa destas dimensões reflecte-se nas outras, por exemplo, é impensável fazer mudanças nos processos de negócio sem, simultaneamente, se fazerem mudanças na tecnologia que apoia esses processos e treinar as pessoas para desempenhar novas tarefas daí decorrentes. O objectivo da mudança condiciona e delimita o alvo dessa mudança.

A implementação e a gestão de processos de mudança nas organizações têm por base determinados pressupostos. Um dos modelos mais antigos e mais referenciado na literatura é o de Kurt Lewin (1951/1965). De acordo com este modelo, a mudança envolve três actividades separadas: descongelamento, movimento e recongelamento (Quadro 2.3).

Quadro 2.3 – Modelo de mudança

Descongelamento	Movimento	Recongelamento
Primeira fase do processo de mudança. Este tem como objectivo, motivar os indivíduos, preparando-os para a mudança, fazendo-os reconhecer a ineficácia da situação actual. Pode ser ajudado por pressões ambientais para mudanças, pelo declínio do desempenho, pelo reconhecimento de que os problemas e oportunidades existem. Existem três mecanismos que actuam na fase de descongelamento: desconfirmação, indução de culpa e ansiedade e segurança psicológica ¹² .	Após a primeira fase do processo e estando o indivíduo apto para aceitar um novo tipo de comportamento, surge a fase da mudança. Nesta fase, o grupo muda para um novo nível, com adopção de outros valores, atitudes e comportamentos. Esta etapa só existirá se houver motivação das pessoas para adquirir nova informação, que permita ver a situação de modo diferente. Podem ocorrer dois processos que são identificação com um novo modelo e pesquisar a envolvente ¹³	Última fase do processo planeado de mudança, o comportamento adquirido passa a ser integrado como comportamento padronizado que não se extingue com o tempo. O recongelamento envolve reforço positivo dos resultados desejados e a provisão de apoio extra quando dificuldades são encontradas. Envolve a avaliação de progresso e resultados e a avaliação dos custos e benefícios das mudanças.

Fonte: Adaptado de Carmo e Ventura (2003), Ferreira *et al.* (2001) e Shermerhorn (1999).

Para que os novos padrões de mudança estejam verdadeiramente integrados no comportamento grupal, é necessário uma fase de estabilização necessária para evitar retrocessos à situação anterior e a sua duração varia consoante o tipo e a especificidade da mesma. Para Shermerhorn *et al.* (1999: 306), “quando o recongelamento é mal feito, as mudanças são facilmente esquecidas, ou abandonadas com o passar do tempo”.

Actualmente, a mudança é encarada como uma realidade necessária e é ela quem permite a permanência, no mercado, da organização (Lopes *et al.*, 2005).

¹² Segundo Ferreira *et al.* (2001: 537) **Desconfirmação** - ou falta de confirmação o que significa que alguns comportamentos das pessoas não as levam aos resultados pretendidos traduzindo-se na insatisfação das pessoas com a situação actual e na percepção do que é necessário mudar; **Indução de culpa e ansiedade** – os fracassos na situação actual poderão suscitar sentimentos de culpa e o fosso entre a situação actual e a situação desejável poderá desencadear ansiedade criando motivação para a mudança; **Segurança psicológica** – as pessoas têm de crer que são capazes de mudar e que essa mudança não será desastrosa nem irá prejudicar a sua auto-estima. É fundamental que as pessoas compreendam que não serão punidas pelo reconhecimento das falhas passadas que o seu valor e auto-estima não serão postos em causa, podendo abandonar com segurança comportamentos antigos e aprender outros novos”.

¹³ “**Identificação com um novo modelo** – permite à pessoa começar a analisar a situação a partir do ponto de vista dos outros e, desse modo, compreender que é possível actuar segundo padrões diferentes; **Pesquisar a envolvente** – consiste em procurar informação nova e aprender novos conceitos relevantes para a situação específica que permitam redefinir e modificar a situação”(Ferreira *et al.*, 2001: 538).

Nas organizações de saúde, é possível perceber o esforço efectuado na introdução de mudanças para melhorar a sua gestão, daí que possam resultar benefícios para a mesma e para o próprio cliente. Procuram modernizar-se através da implementação de mudanças nos seus sistemas organizativos: tecnológico/físico, social e estratégico. Carmo *et al.* (2000), afirmam que as mudanças tecnológicas dizem respeito à modernização dos equipamentos e programas informáticos, com criação ou aquisição de aplicações informáticas específicas, assim como, à introdução de equipamentos de produção com incorporação de novas tecnologias de informação. O sistema físico tem sido objecto de diversas mudanças, quer em resultado directo da modernização tecnológica, quando requer uma ocupação do espaço mais eficiente, quer em resultado de novas estratégias de marketing, que procuram responder às exigências dos clientes em termos da qualidade do ambiente em que são atendidos. As mudanças ao nível do sistema social reportam-se ao esforço para melhorar os processos de comunicação interna, para adoptar uma cultura organizacional focalizada nos valores de qualidade de serviço/produto e auto-responsabilização. O sistema estrutural também tem sido alvo de alterações, nomeadamente na reorganização de unidades de trabalho. Ainda segundo estes autores, estas alterações quando sustentadas por um sistema de informação devidamente integrado serão mais eficazes, uma vez que o sistema de informação facilitará a circulação da informação e o controlo do desempenho organizacional.

Todas estas alterações de uma forma geral, melhoram significativamente, o funcionamento administrativo, assim como, a própria produção, quer ao nível industrial, quer ao nível da prestação de serviços, na medida em que se simplificam os métodos de trabalho, automatiza-se a produção, optimizam-se os fluxos de trabalho, realizam-se operações em tempo real, há uma maior rapidez na circulação da informação, integração de informação complexa e sua disponibilização em rede (Tavares e Caetano, 2000).

Se analisarmos os factores anteriores que provocam mudanças, apercebemo-nos que alguns são planeados mas outros surgem espontaneamente e sem aviso. Deste modo, a mudança organizacional pode ser deliberada e surgir como produto de acções planeadas ou por contraste, surgir de um modo aparentemente espontâneo e não planeado. A mudança organizacional planeada é um processo pensado, guiado pela gestão e destinado a conduzir a organização de um estado A para um estado B, mais favorável. A mudança não planeada é um processo complexo e espontâneo, cujos contornos se vão delineando à medida que, através da organização, as pessoas vão procurando responder aos desafios

com os quais a organização vai sendo confrontada (Cunha, 2002). É importante notar que a própria mudança planeada introduz mudanças não planeadas. Muitas vezes factores externos (ex: economia, competidores ou ambiente político) ou factores internos (ex: poder e interesses de diferentes grupos) influenciam a mudança planeada em direcções não previstas. Mesmo o melhor planeamento e execução de gestão da mudança não pode evitar com que durante mudanças planeadas surjam impactos não planeados.

A mudança pode ser perspectivada conforme o modo como é desencadeada. Assim, a mudança pode ser **planeada**¹⁴ ou **não planeada**, conforme é estruturalmente desencadeada do interior da organização ou é requerida por factores externos, os quais a organização procura reactivamente ajustar-se (Shermerhorn, 1999; Ferreira *et al.*, 2001).

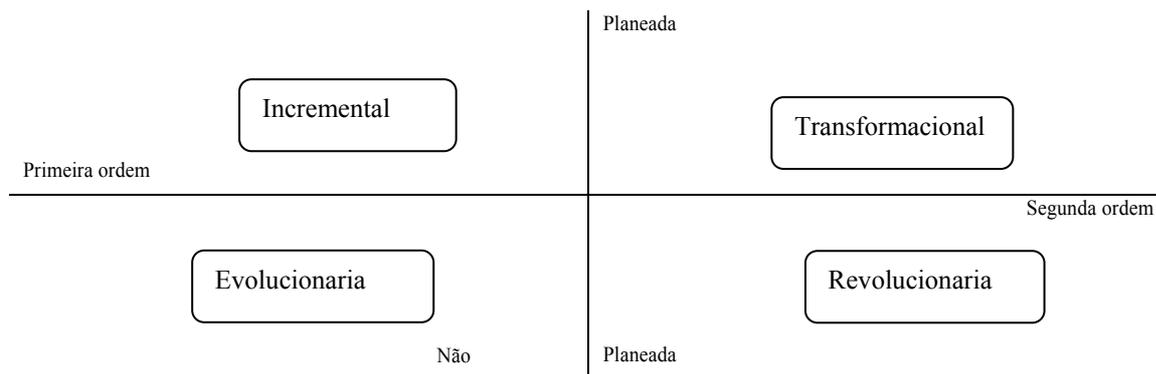
Ferreira *et al.* (2001: 535), citando Porras e Robertson (1992), afirmam que “a mudança organizacional pode ser perspectivada conforme o grau em que as condições da organização são alteradas”. Assim sendo, a mudança pode ser considerada de **primeira ordem/incremental** ou de **segunda ordem/radical**. Dito de outra forma, consoante as alterações sejam, de pequeno alcance e não ponham em causa as premissas fundamentais da organização, corresponde a mudanças de primeira ordem; ou impliquem uma descontinuidade radical com as condições anteriores do seu funcionamento, correspondendo a mudanças de segunda ordem.

Combinando o modo como a mudança é desencadeada com o grau de mudança introduzido (ver Figura 2.7) podem identificar-se quatro tipos de mudança organizacional: Incremental¹⁵, Transformacional, Evolucionária e Revolucionária.

Normalmente, o resultado final de uma mudança, implica uma organização que difere significativamente em processos, cultura, estratégia e em termos estruturais.

¹⁴ A mudança planeada pressupõe algum tipo de estabilidade e de previsibilidade das condições em que a organização vai operar, o que permite diferenciar no tempo, a fase de concepção e planeamento da fase de implementação das alterações consideradas necessárias. A mudança não planeada resulta das pressões para manter ou aumentar a competitividade, em função das alterações verificadas na envolvente, como por exemplo a introdução de novas tecnologias (Shermerhorn, 1999; Ferreira *et al.*, 2001).

¹⁵ Segundo Ferreira *et al.* (2001), mudança Incremental, quando se trata de realizar mudanças planeadas de primeira ordem, as quais se inscrevem num processo normal de funcionamento da organização; Transformacional, por exemplo mudanças no clima e cultura organizacional, fazendo alterações profundas nos processos de gestão, de estruturação e de concepção do trabalho segundo um plano previamente elaborado; Evolucionária, mudanças não planeadas. Forma de corresponder às necessidades dos clientes ou à pressão dos concorrentes. Processo lento e gradual e Revolucionária, mudanças não planeadas, quando a organização se vê obrigada a alterar radicalmente os princípios que a orientam, com mudanças gerais e profundas quer ao nível da estrutura, quer a nível do funcionamento geral estratégico. Processo brusco e radical.



Fonte: Adaptado de Ferreira et al. (2001)

Figura 2.7 – Tipos de mudança organizacional

Leitão (2006: 29), citando Senge (1999), afirma que “gerir a mudança implica a capacidade de pensar de forma estratégica e requer um esforço de aprendizagem permanente que permita a adaptação a novas realidades, aprender a desaprender de forma a adequar ao mundo actual os conceitos e paradigmas vigentes”.

Nesta linha de actuação encontra-se o CHVR-PR, pois da sua gestão hospitalar fazem parte planos de inovação, no sentido de responder à realidade actual naquilo que toca à gestão da informação.

Citar organizações de saúde, conduz de imediato a pensar em informação e sistemas de informação. Vários são os autores que afirmam que entre sistema, informação e sistema de informação, existe uma forte ligação, sendo da opinião que não há organização sem informação, nem sistema de informação sem informação e consequentemente, não há organização sem sistema de informação (Lopes *et al*, 2005).

A informação sempre foi importante, essencial mesmo, para a tomada de decisão e, portanto, para qualquer acto de gestão. Actualmente não há falta de informação mas sim excesso de dados resultando daí a necessidade de organizar essa mesma quantidade de dados. E é para isso que existem os sistemas de informação.

Apesar de se encontrarem na literatura várias definições de SI, não há uma que seja universalmente utilizada. Mais importante do que uma definição, é importante compreender do que é que falamos quando pensamos nesta realidade, presente nas organizações. Trata-se de um conjunto, composto por várias componentes como computadores, pessoas, processos, etc., que permite produzir, recolher e armazenar dados. E esses dados constituem a informação que é essencial para a grande maioria das tomadas de decisão, nomeadamente quando se está a gerir uma organização (Rascão, 2001). Assim definido, para este autor, um

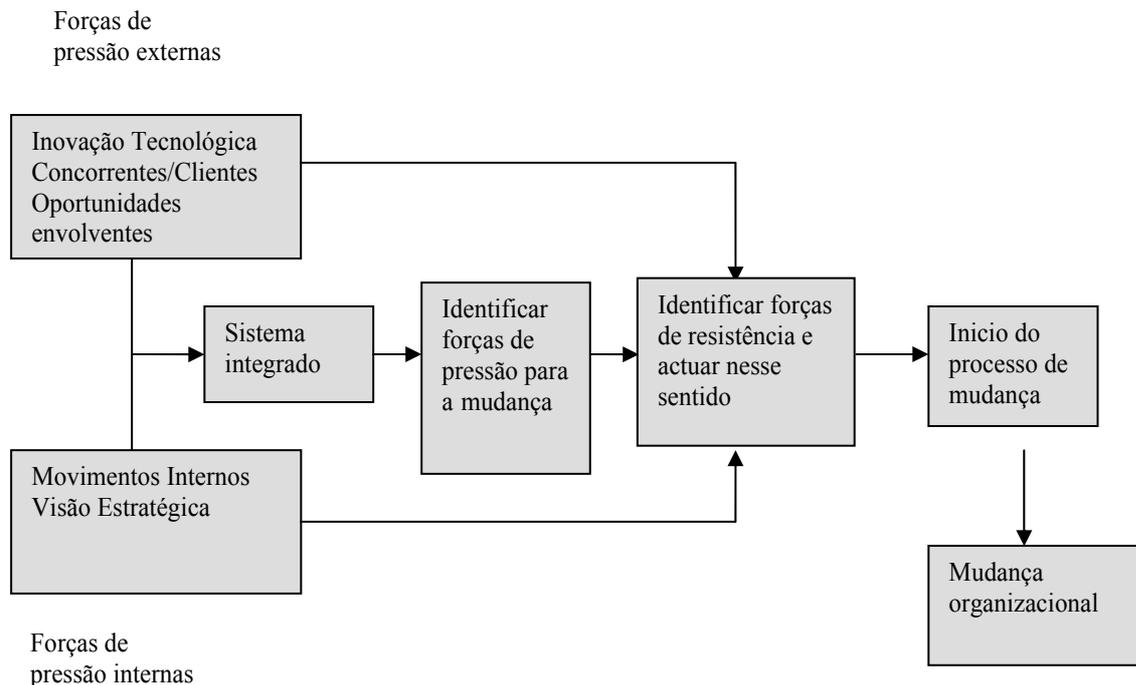
Sistema de Informação engloba vários elementos: *hardware*, *software*, organização, pessoas e *output*. Na perspectiva de Lopes *et al.* (2005: 11) um “SI é um sistema que inclui o trabalho da organização, do tipo informacional; visa ajudar a atingir, no seu sentido mais alargado, os objectivos da organização, através da recolha, armazenamento, processamento e distribuição da informação; ou seja, lida com a informação”. É um sistema baseado em computador recorrendo portanto às tecnologias da informação.

Contudo, quando se introduz ou se pretende introduzir qualquer mudança numa organização surgem, à partida, elementos que têm de ser geridos eficientemente para que a mudança ocorra com sucesso.

2.2.1.1 - Campos de força envolvidos na mudança

É sabido que a cultura de uma organização é composta por diversos factores como políticas internas e externas, crenças, valores e pelo clima organizacional existente entre os seus membros. As organizações devem adaptar-se à realidade, superando as várias mudanças que vão sendo introduzidas, quer estas mudanças sejam planeadas ou não planeadas, de forma a controlar as forças envolvidas na mudança evitando ou diminuindo consequências adversas. Em qualquer processo de mudança existem campos de força, como forças de impulsão (motivação de alguns elementos da equipa para a mudança, o apoio das hierarquias) e de restrição (que tende a limitar o movimento para que a mudança não ocorra). Da relação existente entre elas resultará a mudança (Carmo e Ventura, 2003).

As organizações mudam através de processos conscientes ou inconscientes dirigidos e assumidos. Para se realizar a mudança, tem de haver uma força impulsionadora que enfrente e supere a inércia organizacional. Identificar e compreender as forças de pressão para a mudança organizacional constitui, portanto, o primeiro passo importante para ficar apto a gerir o processo. As forças de pressão para a mudança podem ser agrupadas num sistema de vectores que se encontram interligados e ao mesmo tempo se influenciam. Os vectores constituem um sistema integrado que se deve movimentar na mesma direcção. Quando tal acontece desenvolve-se um processo virtuoso de mudança que conduz a uma competitividade sustentada (Correia, 2007). Na Figura 2.8 podemos observar a sequência do processo de mudança.



Fonte: Adaptado de Correia (2007)

Figura 2.8 – Processo de mudança

Correia (2007) entende que a **Inovação Tecnológica** é, talvez, a mais importante das forças de pressão externa, sobretudo em alguns sectores específicos, como é o caso da saúde. A inovação tecnológica altera processos e a imagem de produtos e serviços, colocando fora de mercado quem a não acompanha, quer por não competitividade nos custos, quer por obsolescência da oferta. A inovação tecnológica tem poder para alterar o nível de influência de todos os outros vectores. **Concorrentes/Clientes**, o desenvolvimento dos mercados baseia-se na contínua busca de uma cumplicidade dinâmica entre organizações e clientes. As organizações devem ter a capacidade e a competência de fornecer produtos e serviços que respondam às necessidades e desejos destes, mantendo-os fiéis à organização. A influência nos outros vectores faz-se sentir, de forma quase imediata. **Oportunidades envolventes**; mudanças sociais, económico-financeiras, políticas, entre outras, devem ser uma fonte geradora de oportunidades para organizações que se prontificam a processos de mudança rápidos. **Movimentos Internos**; novas competências e novas motivações individuais e de grupo, no interior das organizações, aumentam o nível de exigência sobre o desenvolvimento organizacional, funcionando assim como importante factor de pressão. É por isso, um vector que exerce igualmente uma forte influência sobre todos os outros. **Visão Estratégica**; em consequência de várias condições, envolventes ou individuais, certas organizações

antecipam a mudança e o desenvolvimento através de uma liderança possuidora de uma visão estratégica que vai para além do contexto em que actuam.

Os vectores citados constituem um sistema integrado que se deve movimentar na mesma direcção. Quando tal acontece desenvolve-se um processo virtuoso de mudança que conduz a uma competitividade sustentada e a mudança desejada. As forças de restrição estão relacionadas com a resistência à mudança. O medo do desconhecido, sentimentos de insegurança, energia e esforço necessários para a mudança, características físicas dos próprios serviços, dificuldades inerentes à mudança de atitudes, nenhuma razão para a mudança, época inoportuna, medo da perda do poder, são alguns exemplos considerados pelas pessoas para resistir à mudança.

Para Shermerhorn *et al.* (1999), resistir à mudança é qualquer atitude que reflecte a falta de vontade da pessoa de fazer ou apoiar uma mudança desejada. Já Carmo e Ventura (2003: 25) afirmam que as “pessoas não resistem à própria mudança. Aquilo a que estão a resistir são às implicações por detrás da mudança, quer reais, quer imaginadas, de que de certo modo vão ser prejudicadas. Estas implicações podem levar a comportamentos de retrocesso, desabafo, fixação e resignação” A resistência à mudança nas organizações resulta da sua própria estruturação e sistemas de controlo que orientam o seu funcionamento diário, mas impõem simultaneamente rotinas e procedimentos que limitam a sua reacção às evoluções do meio envolvente.

Robbins (1998) refere, tal como Carmo e Ventura (2003), que existem diversos factores que podem conduzir à resistência à mudança. Estes podem ser de carácter organizacional (excessiva regulamentação; reduzida atenção à mudança; inércia do grupo; ameaça dos poderes instalados; distribuição de recursos), assim como de carácter individual (económico; segurança; hábito, liberdade; medo do desconhecido; processamento da informação selectivo).

Antes de iniciar qualquer processo de mudança deve-se avaliar o grau de resistência no grupo de forma a elaborar estratégias para reduzir estas resistências. Uma vez identificada e compreendida a resistência à mudança, pode-se lidar com ela de vários modos. Entre as alternativas para administrar a resistência com eficácia podemos citar: **educação e comunicação** - aos colaboradores do processo de mudança; **Participação** – envolvendo os colaboradores no processo de decisão; **Facilitação e apoio** – fornecer assistência, como apoio emocional e material para as pessoas que estão a sofrer a mudança; **Negociação** –

oferta de recompensas específicas que atendam às necessidades individuais do indivíduo que resiste; **Manipulação e Cooptação** – tentativas de influência oculta. Torcer e distorcer factos para fazê-los parecer mais atraentes, reter informação indesejável, e criar boatos falsos para conseguir que os colaboradores aceitem uma mudança. A cooptação é uma forma de manipulação e consiste em “comprar” os líderes de um grupo de resistência dando-lhes o papel chave na decisão da mudança; e ainda a **Coerção** – aplicação de ameaças directas sobre os resistentes (Robbins, 1998).

Um importante factor de redução da resistência à mudança e de aceitação desta, constitui a participação das pessoas nos processos de mudança que se fazem com uma boa comunicação, informação, planeamento eficaz, estratégias bem delimitadas, autoconfiança, estímulo, reforço, acompanhamento, motivação e uma liderança eficaz que consiga minimizar os conflitos e impulsionar a mudança para novos comportamentos com vista a um melhor desempenho (Ferreira *et al.*, 2001).

Com uma gestão adequada é possível realizar uma mudança organizacional com sucesso, utilizando a resistência como uma aliada. Para tal, é necessário criar mecanismos que permitam que as pessoas realizem uma aprendizagem de modo a estarem mais comprometidos com a organização, confiantes do seu papel, das suas contribuições e preparados para lidar com a mudança. Esta, tem que ser avaliada de acordo com as suas consequências práticas e para tal é necessário tempo. A resistência, por sua vez, pode funcionar como um factor de equilíbrio das pressões internas e externas, que incitam as mudanças, e de um modo que permita questionar se as mudanças em questão fazem mesmo sentido. Quando as pessoas resistem à mudança temos a oportunidade de avaliar os motivos dessa resistência. Assim podemos identificar problemas e verificar se as decisões em questão foram de facto as mais acertadas. A resistência encoraja a procura de alternativas e melhores métodos para resolver questões emergentes durante a mudança (Mendes, 2007).

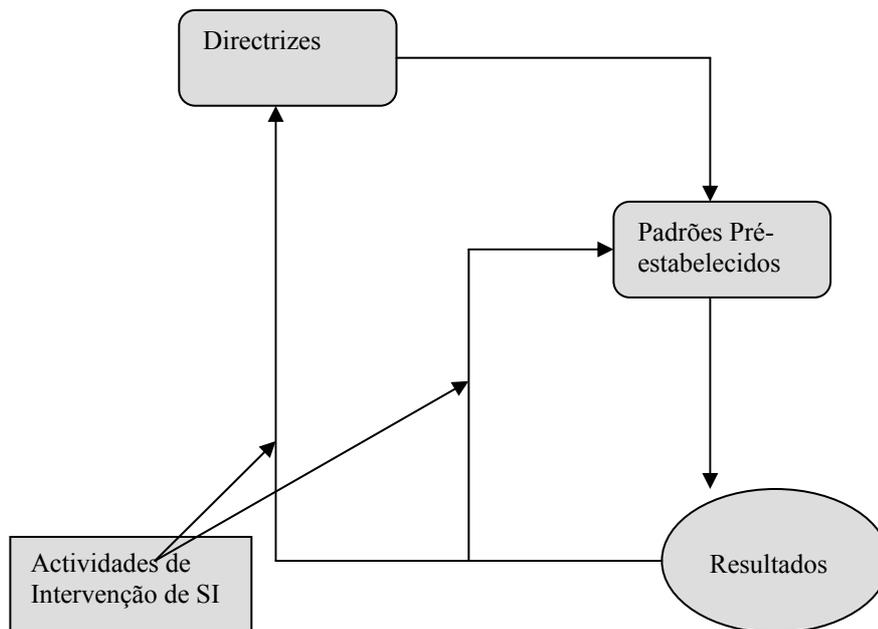
Aos SI é vulgarmente atribuído um papel importante na mudança. Frequentemente se associa ao processo de mudança organizacional as TIC como sendo o instrumento mais poderoso para mudar as organizações. Contudo, o sucesso da mudança não passa só pelas TIC, mas essencialmente pela mudança dos SI, sendo estes necessários e críticos. As TIC por si só não provocam mudanças organizacionais significativas, pelo que é necessário a sua integração com os SI (Lopes *et al.*, 2005). Estes assumem dois tipos de papel na mudança:

conduzem a mudança, uma vez que proporcionam uma situação que causa a mudança na organização e **permitem a mudança**, pois apresentam-se como o meio de proporcionar a mudança desejada, ou seja, são o caminho que permite que a mudança ocorra. Assim sendo, chega-se a uma outra definição possível de SI, que poderá ser entendido como um conjunto de meios humanos e técnicos, dados e procedimentos, articulados entre si, com vista a fornecer informação útil para a gestão das actividades da organização, onde está inserido e quanto melhor representar a organização em funcionamento, mais flexível poderá ser essa organização, na medida em que o SI vai actuar sob a forma de análise da mesma e seus sistemas envolventes. O SI funcionará como um instrumento de mudança estratégica na estrutura organizacional, colocando novos desafios e exigindo a utilização de novas metodologias com a presença de TIC, dado que estas constituem um potencial de desenvolvimento para as organizações.

O papel importante que hoje os SI assumem na mudança organizacional deve-se à possibilidade de introduzir novos métodos de trabalho, uma vez que oferecem várias opções para reorganizar o trabalho na organização. Uma actividade de intervenção¹⁶ de SI altera as actividades organizacionais reformulando-as ou, até mesmo, criando outras actividades que manipulam a informação, sendo encaradas como projectos de melhoria e de mudança (Lopes *et al.*, 2005).

Mudanças de primeira e de segunda ordem são possíveis, na presença de actividades de intervenção de SI, uma vez que permitem corrigir erros, ajustando a realidade da organização para padrões pré-estabelecidos ou ainda permitindo responder a erros que necessitam questionar a sua razão, levando a alterações de directrizes da organização. A Figura 2.9, enquadra as actividades de intervenção na mudança organizacional de primeira e de segunda ordem.

¹⁶ Actividade de intervenção de SI – “qualquer actividade que visa a mudança organizacional, permitindo executar ou melhorar acções na organização que não eram até então possíveis e que se tornaram exequíveis devido à alteração ou, eventualmente, à criação dos seus SI” (Lopes *et al.*, 2005).



Fonte: Lopes *et al.* (2005)

Figura 2.9 – Mudança de primeira e segunda ordem

Daqui resulta que as actividades de intervenção de SI na organização não devem ser desenvolvidas de uma forma isolada mas sim complementadas com outros projectos, nomeadamente projectos relacionados com mudança cultural e formação dos seus profissionais, mudança na própria estrutura tecnológica, com mudança no espaço de trabalho e em fundos orçamentais, o que irá permitir a concretização da mudança, com níveis altos de desempenho (Lopes *et al.*, 2005). Assim, para permitir a mudança com base na informação e conhecimento, há que considerar determinados aspectos do mesmo.

2.2.2 – Informação e conhecimento como fonte de vantagem competitiva

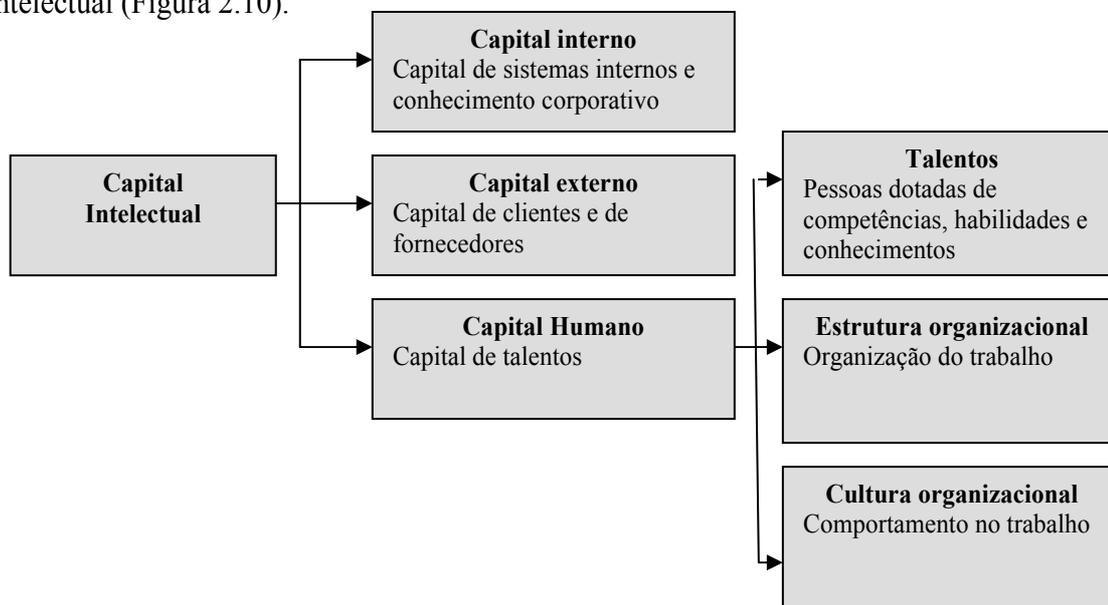
Na opinião de Silva e Neves (2003), as organizações do séc. XXI, recorrem à informação e ao conhecimento como recursos estratégicos fundamentais para a sua gestão, enfrentando um ambiente incerto e que exige flexibilidade e rapidez na tomada de decisão. No ambiente organizacional, a chamada era de informação evoluiu e transformou-se, obrigando a gestão das organizações a adaptar-se e a responder a novos e fortes desafios criando um novo modelo, que vulgarmente se designa por era do conhecimento. Esta expressão sugere que para determinadas actividades, onde antes era suficiente a informação passou a ser necessário o conhecimento. Actualmente todas as funções desempenhadas pelos

colaboradores das organizações, embora em diferentes proporções, têm uma componente operacional e outra de gestão no desenvolvimento das suas actividades (Mendes, 2003).

As organizações que pretendam a excelência devem procurar desenvolver os meios e as acções necessárias à sistematização dos conhecimentos que dispõem, de forma a gerarem eficiências internas que garantam a sobrevivência em mercados fortemente competitivos, através da fidelização do cliente, à qualidade do produto e serviço prestado. Todos os colaboradores da organização deverão actuar neste sentido (Sousa, 2000).

Citando as palavras de Silva e Neves (2003: 50) “no ambiente global e da era do conhecimento, o sucesso das organizações situa-se mais nas suas capacidades intelectuais e holísticas do que nos activos físicos, mais no campo da geração de ideias do que na geração de activos tangíveis, onde a capacidade de gerir o potencial humano se transforma numa habilidade executiva essencial”.

A este propósito, Chiavenato (2006) expressa a sua opinião, e afirma que na era da informação, o capital financeiro, característico da era industrial, está a deixar de ser o recurso mais importante na organização. Outros activos intangíveis e invisíveis estão a assumir rapidamente o seu lugar, passando-o para segundo plano. Referimo-nos ao capital intelectual (Figura 2.10).



Fonte: Chiavenato, 2006

Figura 2.10 – Desdobramentos do capital intelectual

Também para Silva e Neves (2003), a forma de gestão criativa requer organizações mais abertas e integradas, onde a utilização do conhecimento é essencial para as organizações que desejam aproveitar as oportunidades criadas pela globalização, pela

diversidade, pela informática, pelas telecomunicações e, ao mesmo tempo reduzir os riscos inerentes a essa realidade.

Loureiro (2003), afirma que o conhecimento deve ser gerido como uma abordagem facilitadora e sistemática para aumentar o valor e acessibilidade do capital do conhecimento da organização, de modo a qualificar melhor as pessoas, induzir e disseminar melhor a inovação, assegurando o desenvolvimento das organizações com vista a alcançar a máxima eficácia nos negócios e propagar a inovação. O conhecimento está naturalmente enraizado na experiência pessoal e nos contextos sociais; importa geri-lo, eficazmente, prestando para isso atenção às pessoas, à cultura, às estruturas organizacionais e às tecnologias do ponto de vista da sua partilha e uso. Para Silva e Neves (2003), a gestão do conhecimento representa um conjunto de processos e meios para se criar, utilizar e disseminar o conhecimento como o elemento de maior importância na organização. Permite criar, comunicar e aplicar o conhecimento, com o intuito de se atingir metas e objectivos traçados para a organização, ou seja, é um processo sistemático, articulado e intencional, apoiado na criação, codificação, disseminação e apropriação de conhecimentos, com a finalidade de atingir a excelência. Adquirir conhecimento é sinónimo de aprender, deixa de ser suficiente o conhecimento individual, uma vez que o conceito de aprendizagem organizacional é o que melhor traduz esta realidade. O conceito de cultura ganha relevo para a gestão, estendendo-se dos indivíduos aos grupos profissionais e destes à própria organização, passando a cultura organizacional a ser considerada um factor crítico de sucesso das organizações, tal como foi referido no ponto 2.1.2.1.

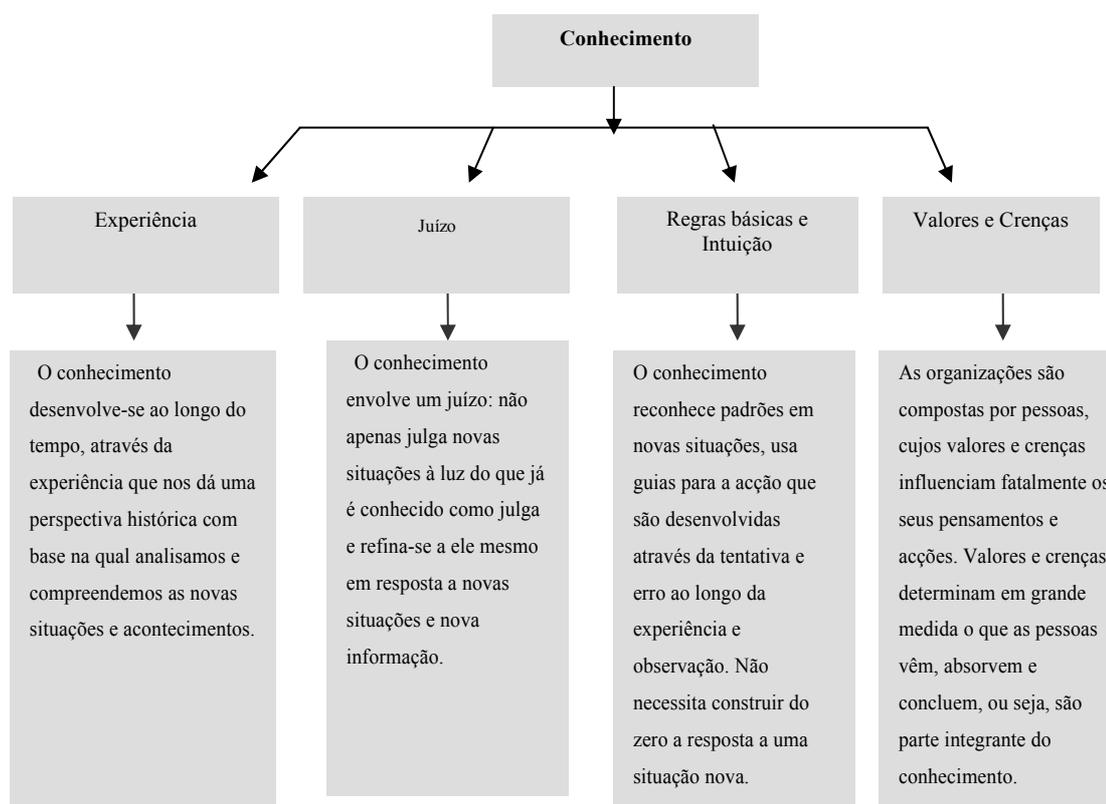
Seguindo a mesma linha de pensamento do autor, a gestão do conhecimento assenta em pessoas inteligentes, dinâmicas e versáteis, com capacidade para recorrer à informação e ao conhecimento de que necessitam, desenvolvendo a sua actividade de forma criativa, em contextos bem definidos, aplicando o seu conhecimento no local e no momento onde é necessário, apoiando as decisões levando ao melhor desempenho e/ou resultados nas organizações.

As definições de gestão do conhecimento, traduzem a ideia de que há necessidade de estimular a criação de um clima organizacional propício à conversão do conhecimento individual em conhecimento colectivo, de forma a responder mais eficazmente às solicitações do mercado. A capacidade de analisar correctamente a informação e

conhecimento disponíveis e posteriormente actuar de forma estratégica, constitui a ligação mais importante entre gestão do conhecimento e o lucro das organizações (Sousa, 2000).

A habilidade para capturar inteligência, transformá-la em conhecimento utilizável, conseguir embuti-lo na aprendizagem organizacional e ainda difundi-lo rapidamente através da organização, traduzem algumas etapas primordiais de que depende a sobrevivência de uma organização actual (Silva e Neves, 2003). Transformar e converter a informação em conhecimento, utilizando as suas competências e tornar o conhecimento rentável por meio da sua conversão em novos produtos, novos serviços, novos processos internos, novas soluções, e principalmente em criatividade e inovação, são os componentes chave para incrementar o capital intelectual nas organizações (Chiavenato, 2006).

Para outros autores como, Silva e Neves (2003), as componentes chave do conhecimento enquadram-se na experiência, juízo, regras básicas e intuição, valores e crenças, como se pode ver em resumo na Figura 2.11.



Fonte: Adaptado de Silva e Neves (2003)

Figura 2.11 – Componentes do conhecimento

Outra característica do conhecimento é o facto do seu valor aumentar com o uso. Os recursos físicos deteoram-se ao longo do tempo, já as competências são reforçadas quando

aplicadas e partilhadas, desvanecendo o conhecimento se não for aplicado. As competências e os conhecimentos tornaram-se as únicas fontes de vantagens competitivas sustentáveis a longo prazo para as organizações. A propriedade intelectual é, determinante para o sucesso ou insucesso de uma organização moderna. Desta forma, quanto melhor uma organização gerir o seu conhecimento, mais rapidamente poderá tomar decisões e melhor serão essas decisões (Sousa, 2000). A interacção entre a tecnologia e as pessoas pode ter um efeito directo na divulgação do conhecimento, pois daí resulta a partilha do mesmo.

Silva e Neves (2003), são da opinião que para obter conhecimento é necessário gerá-lo (capacidade de uma organização em criar e armazenar), codificá-lo (modo como o conhecimento que reside na mente das pessoas necessita de ser convertido em conhecimento que possa ser armazenado e transformado em inovação, de modo a que possa ser acedido por quem dele necessite e no momento oportuno) e transferi-lo (mais do que qualquer tecnologia, a comunicação pessoal é muito mais efectiva na comunicação da informação complexa, entendimento de sinais subtis e transferência de conhecimento embutido).

Cabe às organizações distinguir a relação entre os diferentes tipos de conhecimento. Os autores supra citados, consideram a existência de quatro níveis de conhecimento a saber: (1) **Conhecimento Cognitivo**: relativo a factos, adquirido através da formação e treino; (2) **Competências avançadas**: capacidade de aplicar as regras de uma disciplina aos problemas complexos do mundo real; (3) **Compreensão sistemática**: conhecimento profundo da rede de relações de causa e efeito subjacentes a uma disciplina e (4) **Criatividade Auto-motivada**: trata-se da vontade, motivação e adaptabilidade para o sucesso.

O conhecimento possui algumas características próprias, como o facto de ser difundível, substituível, transportável e partilhável. Com base na abordagem de Sousa (2000) e Silva e Neves (2003), o conhecimento pode assumir duas formas: o **conhecimento Tácito**¹⁷ e o **conhecimento Explícito**.

Na opinião de Sousa (2000: 39) “o conhecimento transforma-se e evolui através de um processo cultural e ou tecnológico que o transforma de tácito (fechado em sistemas de informação) em explícito (disponível e acessível) retomando novamente a sua forma tácita, por forma a ser apreendido e (re)utilizado por outros membros da organização”. As

¹⁷ O **conhecimento Tácito** (representa aquele que, não estando formalizado em suporte documental ou informático existe em cada um dos colaboradores das organizações) e o **conhecimento Explícito** (existe fisicamente inscrito num suporte acessível que pode ser processado, transmitido e armazenado dentro da organização) (Sousa, 2000 e Silva e Neves, 2003).

organizações deverão promover um equilíbrio entre, por um lado, transformar o saber tácito em algo materializável e, por outro, transferi-lo ao vivo entre os interessados, criando as condições necessárias para a sua gradual conversão, do conhecimento tácito para o conhecimento explícito de forma a otimizar as vantagens associadas à partilha e generalização dentro da estrutura. Melhor e mais rápida será a tomada de decisão, quanto mais dinâmico e abrangente for este processo.

Num ambiente em constante mudança, como o que se apresenta actualmente, não há vantagem competitiva sustentável senão, através do que a organização **sabe**, como consegue **utilizar** o que sabe e a rapidez com que **aprende** algo novo (Sousa, 2000).

Assim sendo, o sucesso das organizações do século XXI depende basicamente da qualidade do conhecimento que cada uma aplica aos seus processos organizacionais. O desafio de utilizar o conhecimento existente na organização, com o objectivo de criar vantagens competitivas, torna-se crucial. Tão importante quanto a acumulação do conhecimento é a sua difusão por toda a organização. A troca de experiências, de conhecimentos, de soluções criativas, permitem que os indivíduos cresçam e se insiram num ambiente de aprendizagem constante. Como consequência a organização também crescerá e tornar-se-á cada vez mais competitiva (Davemport e Prusak, 1998).

A gestão do conhecimento é muito menos tecnológica e muito mais pessoal. Em organizações de médio e grande porte, as tecnologias da informação assumem um papel fundamental embora não sendo o único passo para o sucesso. Este depende primordialmente das pessoas. A verdadeira prática da gestão do conhecimento está geralmente contida nos pequenos gestos e posturas, incorporada na cultura organizacional, inserida nas práticas e posturas de gestão, presente na coerência e atitudes, nas políticas de retenção, atracção, motivação, reconhecimento e contratação de talentos, nas políticas sociais e de convivência com os recursos humanos, além de muito bem alinhada com os planos de formação e pactos de aprendizagem. Para Silva e Neves (2003: 284) a gestão do conhecimento na organização traduz o “fruto da adopção em todos os níveis, do porteiro ao presidente, de posturas coerentes, de um conjunto de práticas e acções compatíveis e um compromisso contínuo com a aprendizagem e o ensino constante”.

2.2.3 – As tecnologias da informação como suporte da gestão do conhecimento aplicada à gestão hospitalar

As estruturas organizacionais, independentemente do seu tamanho, sofisticação tecnológica e graus de complexidade, destinam-se a ser ou a evoluir para sistemas de utilização de informações. O poder, a liderança e a tomada de decisão dependem do processo de comunicação, quer explícita ou implicitamente, já que esses processos não teriam sentido na ausência de informações (Rodrigues, 2000).

Para Ferreira (1995), o progresso tecnológico, permite-nos tratar, armazenar, recuperar e transmitir informação sob qualquer forma – oral, escrita ou visual – sem limitações de distância, tempo ou volume. Actualmente as organizações, independentemente do sector onde actuam, tornam-se fortemente dependentes dos seus sistemas informáticos para gerir as suas actividades e suportar a tomada de decisão. A informação colocada à disposição do utilizador deve garantir a confidencialidade, a integridade, a autenticidade e não repúdio, da comunicação.

Os modos de aquisição e comunicação da informação desenvolveram-se muito para além do contacto directo entre duas pessoas. À medida que a quantidade de conhecimentos foi excedendo aquilo que um grupo de pessoas era capaz de recordar, surgiu naturalmente a necessidade de os armazenar a fim de permitir a recuperação dessa informação e a sua transmissão a outros. Assim evoluíram as linguagens escritas, conduzindo o registo da informação em documentos e livros a novas formas de guardar a informação em computadores (Rodrigues, 2000).

A informação é um recurso vital para o sucesso efectivo de qualquer organização. A saúde é, sem qualquer dúvida, um dos sectores que mais depende da circulação de uma informação que seja fiável e precisa (Santos, 2004).

A implementação das TIC adequadas e de forma racional, poderão ajudar em muito o SNS, nomeadamente na agilização dos processos e na sua desburocratização. Sem falar na própria informação, na prática da tele-medicina, na prescrição electrónica, na própria informatização de todo o sistema tendo em conta as necessidades das pessoas e não a tecnologia em si (Rodrigues, 2004).

As TIC desempenham um papel de capital importância na gestão do conhecimento. Por um lado, facilitam a análise, tratamento e síntese da informação e a sua conversão em

conhecimento útil para a organização e, por outro, permitem a acessibilidade a um número quase infinito de destinatários. As *intranets*, a utilização de ferramentas de resolução de problemas, a análise e representação gráfica do comportamento de variáveis num determinado processo, a ligação em tempo real a qualquer parte do mundo, constituem alguns exemplos de ferramentas que permitem às organizações a disseminação e partilha activa de conhecimentos (Sousa, 2000).

Para que as organizações conquistem vantagens competitivas decorrentes da introdução de tecnologias avançadas na gestão do conhecimento deverão equacionar os seguintes aspectos: “compreender o impacto provocado pela tecnologia na cultura organizacional e nos fluxos de trabalho; criar fluxos de trabalho e de informação baseados nas pessoas, desenvolvendo uma infra-estrutura à tecnologia; formar os colaboradores na análise e competências de escrita para maximizar a tecnologia utilizada; recordar que são as pessoas e não a tecnologia que conduz as empresas” (Sousa, 2000: 53). De acordo com este autor, a criação de um clima organizacional baseado na proactividade, na confiança, nos talentos humanos, no estímulo e formação dos colaboradores em dinâmicas de grupo, é determinante para o sucesso da gestão do conhecimento. A TIC deve ser utilizada para facilitar as actividades essenciais, para a evolução da organização, com a solução de problemas e inovação. As ferramentas¹⁸ devem ser flexíveis e fáceis de usar.

Os hospitais como organizações de grande complexidade e possuindo algumas características, como a grande quantidade e diversidade de informação que no quotidiano produzem e consultam, são por si só, organizações onde as TIC terão que dar resposta a um vasto conjunto de utilizadores, com competências distintas e interesses diversos; daí que a integração da grande quantidade de informação que se produz e a flexibilidade das plataformas sejam condições fundamentais. A linha orientadora de acção, terá sempre que ter por base a centralidade no cliente caminhando sempre no sentido de melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados (Ferreira, 1995).

Carrasqueiro (2007), afirma que o sector da Saúde, intensivo no recurso à informação, beneficiará das TIC, na medida em que poderá estabelecer novos canais com os consumidores, disponibilizando-lhes mais informação e introduzindo formas inovadoras de prestação de cuidados, mais acessíveis, mais eficazes e mais centradas nas suas

¹⁸ A título de exemplo ferramentas baseada na *intranet*, gestão electrónica de documentos, *groupware*, *workflow*, sistemas de construção de bases inteligentes de conhecimento, mapas de conhecimento, ferramentas de apoio à inovação.

necessidades; poderá desenvolver novas práticas de colaboração de trabalho, formação e investigação, mais flexíveis, contínuas e direccionadas às exigências do dia a dia; permitir a recolha, partilha e integração de informação proveniente de fontes dispersas e a melhoria da tomada de decisão em saúde.

A informação produzida pelas TIC ao serviço da medicina, é um domínio cada vez mais presente nas organizações de saúde, nomeadamente no processamento e interpretação de imagem, registo electrónico de clientes, interpretação e segurança de dados, registo de meios complementares de diagnóstico, entre outras. A informação médica deixa de ser mantida e guardada por uma unidade central dedicada para o efeito, para ser guardada pelos intervenientes envolvidos na sua produção (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde). As TIC nos cuidados de saúde, assumem também, um papel importante para os órgãos de gestão dado que a competitividade do mercado de saúde e os sucessivos aumentos dos encargos têm exigido dos gestores o absoluto conhecimento dos custos e resultados de cada uma das actividades hospitalares. Possuir essas informações, torna-se condição necessária para se alcançar uma gestão hospitalar de qualidade, capaz de propiciar investimentos na modernização do espaço físico, aquisição de novos equipamentos médicos e treino dos profissionais que garantirão a confiança, o conforto e a preferência dos clientes. Aos gestores hospitalares cabe o papel de gerir toda esta informação para atingir os seus objectivos, com o intuito de obter ganhos em saúde.

As novas tecnologias por mais sofisticadas e melhores que sejam, só funcionam bem quando há uma mudança de mentalidade na organização e nas atitudes individuais. “A gestão do conhecimento eficaz só poderá ocorrer com ampla mudança comportamental, cultural e organizacional. A tecnologia isoladamente não fará com que a pessoa possuidora de conhecimento o partilhe com as outras [...] não levará o funcionário a sentar-se diante do teclado e começar a pesquisar. A mera presença de tecnologia não criará uma organização de aprendizagem contínua nem uma empresa criadora de conhecimento” (Silva e Neves, 2003: 215). Da mesma forma, o autor, afirma que mais do que adquirir as ferramentas adequadas, é preciso incentivar as pessoas a partilhar o conhecimento. Durante a implementação de uma ferramenta de gestão do conhecimento não nos devemos abstrair do contexto organizacional. Devemos, por isso, ter sempre presente os problemas específicos da organização. A selecção de uma ferramenta de gestão deve ser uma decisão cuidadosa e

crateriosa. A chave para uma boa escolha consiste na busca de um *software* que se adapte facilmente às necessidades específicas dos colaboradores e outros utilizadores finais.

O CHVR-PR, tem vindo a adoptar ferramentas de gestão que apoiam a prática dos profissionais de saúde assim como, a prática dos gestores na gestão rigorosa da informação que necessitam e em tempo útil, implementando para o efeito, desde há algum tempo sistemas de informação, específicos para diferentes classes profissionais. Estes, de uma forma simplificada, pretendem registar informações sobre os clientes; partilhar informação para todos os sectores do hospital e ser facilmente acessível por pessoas/sectores envolvidos no processo, contribuindo para auxiliar na gestão de toda a informação clínica e administrativa da instituição, e melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Henriques e Carvalho, 2007).

Na utilização de SI, poderão estar envolvidos vários níveis de utilizadores, nomeadamente: **nível pessoal** – onde se encontram os médicos, enfermeiros, administrativos; **nível departamental** – um sector específico do hospital; **nível institucional** – o hospital em si – Gestores – directores de serviço, administração clínica e **nível regional** – política da saúde. Um SI hospitalar, pode também ser utilizado a vários níveis de necessidades, integrando outros sistemas já existentes, facilitando a comunicação entre os mesmos, sem pôr em risco os dados já existentes ou interferir com as suas actualizações. Normalmente reflectem os vários departamentos existentes dentro da organização, entre outros, poderá englobar: **Serviços administrativos** (Gestão, Serviços financeiros Pessoal); **Gestão de informação** (Arquivo, Estatísticas Comunicações); **Logística** (Cozinhas, Lavandaria, Manutenção); **Serviços clínicos** (Consultas, Urgências, Serviços médicos, Serviços cirúrgicos, laboratórios biológicos e serviços de imagem), **Farmácia** (Henriques e Carvalho, 2007).

Dentro dos SI para a saúde, o IGIF desenvolveu o *software* de base de dados para clientes denominado Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS) para os Centros de Saúde e SONHO para os Hospitais. A ideia da criação de uma aplicação que normalizasse a informação hospitalar a nível nacional, surgiu em finais da década de 80, do MS Português, ao qual incumbiu o IGIF para a criação de um sistema integrado de informação hospitalar, com o intuito de organizar departamentos administrativos das unidades hospitalares, uma vez que era possível constatar uma grande desorganização com

evidente facturação ineficiente às entidades pagadoras (Ribeiro,¹⁹ 2005). Ainda segundo o nosso interlocutor, a opção pelo IGIF enquanto entidade implementadora do SONHO resultou de forma natural uma vez que sendo um departamento do MS com uma componente informática, tem como objectivo o desenvolvimento de sistemas estratégicos que introduzam regras de facturação e algoritmos estatísticos, conseguindo uniformizar procedimentos a nível nacional, de forma a integrar todas as actividades em termos de produção para se conseguir uma boa facturação e estatísticas aderentes à realidade.

O SONHO foi então, difundido a nível nacional, tratando-se de uma aplicação inovadora sem concorrentes na altura. O MS não impôs a aplicação, apenas a desenvolveu e disponibilizou a custo de instalação zero para os hospitais públicos. Ribeiro (2005), afirma também que o SONHO possibilita uma cobertura de todas as áreas administrativas. Na década de noventa cerca de 90% das entidades hospitalares portuguesas tinham aderido ao SONHO.

Desde 1993 que o *software* disponível para os serviços de saúde é eminentemente administrativo, ou seja, relaciona-se com a documentação da entrada e saída de um cliente e contabilização da eventual receita que poderá resultar da sua passagem pelos serviços, de modo a que possa ser cobrada aquando da sua alta. Em 1998, integrado nestes sistemas de informação SINUS e SONHO, o IGIF desenvolveu, em ambiente *web*, uma aplicação orientada para a prática de médico e uma outra orientada para a prática do enfermeiro. Assim, o IGIF promoveu o desenvolvimento de alguns SI, quer para os cuidados de saúde primários (integrado no SINUS), assim como para os cuidados de saúde secundários (integrado no SONHO) onde se destaca o SAM e o SAPE (IGIF, 2004).

O CHVR-PR, dispõe destes sistemas de informação há já algum tempo. Naquilo que diz respeito ao SONHO, este encontra-se implementado neste hospital desde 1994, estando os profissionais utilizadores do sistema perfeitamente adaptados ao mesmo. Em 2001 começa a ser implementado o SAM (num serviço piloto), em 2002 já há cinco serviços utilizadores, maioritariamente internamentos onde se efectuavam basicamente relatórios de alta. Em Julho 2003, dá-se a conclusão da instalação de *hardware* e formação dos médicos e sai uma Circular do Conselho de Administração, tornando obrigatória a prescrição informática via SAM em todo o Centro Hospitalar. Nesta altura, os utilizadores do SAM,

¹⁹ Ribeiro, Lucas (2005) – Técnico superior responsável pelo departamento de informática do Centro Hospitalar Vila Real – Peso da Régua numa entrevista concedida a 26/11/2005.

estão perfeitamente adaptados ao mesmo. Em relação ao SAPE, este começou a ser implementado no início de 2006 em quatro serviços piloto (pneumologia, ortopedia, unidade de cuidados intensivos polivalente e unidade de cuidados intensivos coronários). Pretende a organização hospitalar alargar a utilização deste sistema de informação para todos os restantes serviços hospitalares onde a sua prática é necessária.

No contexto deste estudo e considerando a importância do SONHO, faremos de seguida uma breve descrição deste sistema bem como das aplicações SAM e SAPE, disponíveis em cuidados de saúde secundários em vigor no CHVR-PR.

2.2.3.1– Sistema integrado de informação hospitalar

A filosofia organizacional das instituições de saúde assenta na gestão administrativa e na gestão clínica que sendo autónomas, têm de estar integradas, exigindo novas formas de estruturar a informação de maneira a encontrar a coerência e a integração destes dois tipos de dados. Falamos de informação rica em conteúdo e utilidade que permite gerar serviços de qualidade, facultando consultas a base de dados centrais de informação e reduzir fortemente os processos burocráticos. Qualquer sistema de informação não pode ser sectorial, pois ele visa assegurar a coerência e integração. Com integração pretende-se disponibilizar a informação aos vários níveis e tipos de gestão eliminando a separação gestão clínica/gestão administrativa.

O SONHO é um módulo centralizador de um conjunto de informações sobre clientes, no qual se incluem dados pessoais e de contacto, reúne informação que evita a duplicação de registos de um cliente e permite no caso de doentes hospitalares, que a sua identificação seja feita por um único número.

Segundo o IGIF (2007), este módulo informático possui como objectivos fundamentais: (a) Garantir a identificação única do cliente; (b) Centralizar os dados da identificação de clientes hospitalares; (c) Permitir a correcção de dados e (d) Produzir um conjunto de processamentos que possam ser solicitados por outros módulos.

No SONHO, é possível obter várias opções, que resumidamente passamos a citar: **Identificação do cliente** sendo também possível introduzir um cliente novo; **Internamento** gestão rigorosa a nível administrativo, dos clientes, em que o utilizador pode por si só, alterar uma série de dados relativos a um determinado internamento. Do conjunto destas alterações vai resultar o movimento hospitalar (no internamento), que é composto por três

elementos bem distintos mas dependentes uns dos outros: (1) – **Listas de Espera** – sem elas é quase impossível internar um cliente. A existência deste elemento prende-se com a necessidade de efectuar uma gestão de doentes rigorosa estabelecendo as prioridades de internamento, (2) – **Clientes internados** – sem esta opção era impossível fazer uma gestão administrativa rigorosa e precisa, dos actos médicos, das análises e todos os serviços ligados ao internamento. Consequentemente era impossível proceder-se a uma actualização correcta dos dados do cliente e (3) – **Consulta de resultados hospitalares** – onde está incluída a opção de camas livres/ocupadas e a opção mapas diários/estatísticas. Apesar de ser um elemento de consulta é extremamente necessário para se ter uma noção da capacidade/movimento hospitalar. Na primeira torna-se possível verificar o estado da lotação hospitalar, quer por serviço, quer por unidade, ao mesmo tempo que é possível identificar o doente que ocupa determinada cama; na segunda opção o utilizador, tem oportunidade de passar para o papel, ou para o monitor o mais variado tipo de estatísticas, todas com base em internamentos/altas efectuadas.

O profissional responsável pela recolha/introdução de informação relacionada com cada um dos episódios de internamento terá à sua disposição no monitor, todas as opções disponíveis, de modo a que possa efectuar qualquer tipo de marcação/alteração/admissão ou mesmo registo de novos dados relacionados com o próprio episódio de internamento. Assim, accionando a opção de dados clínicos no módulo de internamento, o utilizador pode ter acesso ao laboratório, além de poder registar partos, diagnósticos, consultar listagens de intervenções cirúrgicas, meios complementares de diagnóstico (análise e registo de actos médicos) entre outras. Também é possível efectuar uma pesquisa de modo a saber quais as intervenções cirúrgicas efectuadas através do episódio de internamento de determinado cliente, sem poder de modo algum efectuar alterações.

Na opção **Pedido de arquivo** o utilizador requisita o processo do cliente, directamente para o arquivo, ou seja, o pedido sai directamente na sala do arquivo sem que quem o pediu tenha acesso ao mesmo. Outra opção do SONHO diz respeito à área **Financeira**, o utilizador tem oportunidade de verificar como está a facturação do episódio e quais as despesas inerentes ao mesmo. Já em relação à opção **Administrativa** é possível alterar a situação do cliente a nível administrativo, ou seja, sempre que existam acções a desenvolver, a nível administrativo, o utilizador tem que seleccionar este grupo de opções de modo a alterar a situação administrativa do doente (alta, mudança de cama, transferência de

serviço, marcação de consultas, lista de espera para o bloco). Outras opções são ainda possíveis de realizar no SONHO, mas aqui destacamos, apenas, as de maior relevo.

2.2.3.2 – Sistema de apoio ao médico

A maioria das opções disponíveis nesta aplicação estão em conformidade com o módulo SONHO, a principal diferença, reside no facto, da exploração/registo da informação ser feita na perspectiva do médico e em ambiente *web*. Os profissionais de saúde que terão acesso a este sistema bem como à sua manipulação, serão apenas médicos – cada médico terá o seu perfil de acesso.

O Quadro 2.4 reflecte a informação disponível pelo IGIF (2007). Assim, consoante a área de trabalho do médico, é possível visualizar as suas várias opções.

Quadro 2.4 – Áreas de actuação dos médicos no SAM

Consulta externa	Internamento	Urgência	Processo Clínico
<ul style="list-style-type: none"> - Registo do diário da consulta; - Prescrição de medicamentos; - Marcar nova consulta para o mesmo médico ou efectuar um pedido de consulta para outra especialidade; - Visualizar ou registar antecedentes pessoais e familiares; - Registo de alertas médicos; - Prescrição MCDT; - Acesso à opção da “História Clínica” 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de visualizar/registar diagnósticos, intervenções médicas; - Registo do diário do internamento; - Prescrever MCDT; - Visualizar/registar antecedentes pessoais e familiares; prescrição de medicamentos para a farmácia extra-hospitalar; - Elaborar/visualizar relatórios; - Acesso à opção da “Historia Clínica” 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de visualizar/registar diagnósticos, intervenções; - Registo diário da urgência; prescrever MCDT; - Prescrever medicamentos; - Visualizar/registar antecedentes pessoais e familiares; - Elaborar/visualizar relatórios; - Acesso à opção da “História Clínica” 	<ul style="list-style-type: none"> - Visualizar todos os diagnósticos registados; - Visualizar todos os MCDT realizados; - Visualizar todos os relatórios; - Visualizar/registar antecedentes pessoais e familiares; - Visualizar/registar alertas médicos; - Visualizar informação de detalhe sobre qualquer episódio efectuado pelo doente no hospital; - Visualizar/inscrever o doente em lista de espera do internamento; - Visualizar/inscrever o doente em lista de espera do bloco operatório.
Prescrição Racional de Medicamentos			

Fonte: Adaptado de IGIF (2007)

A **Prescrição Racional de Medicamentos** visa apoiar o médico no momento da prescrição, disponibilizando um conjunto de informação que permita efectuar uma prescrição mais racional. Assim, por despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde, de 29 de Novembro de 2000, foi criado no âmbito do MS, um grupo de trabalho interdisciplinar no sentido de disponibilizar aos médicos do SNS um sistema informático para apoio à

prescrição racional de medicamentos, tendo como base os medicamentos constantes no Prontuário Terapêutico (PT) cuja responsabilidade pela criação e manutenção é do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Em finais de 2002, esta funcionalidade foi alterada em função das especificações da nova receita médica. Neste sentido, o Ministério/IGIF acrescentou ao SAM uma opção para este efeito, onde se destacam as seguintes funcionalidades:

- Consultar a tabela de medicamentos, fazendo a pesquisa por nome comercial, princípio activo ou pela estrutura de capítulos do PT;
- Visualizar por medicamento, nome comercial, princípio activo, forma farmacêutica, dosagem, apresentação, preço, comparticipação do estado, laboratório.

No acto da prescrição, o sistema sugere o medicamento mais barato que consta no PT, e que tem o mesmo princípio activo, a mesma forma farmacêutica, a mesma dosagem e a mesma apresentação, do medicamento prescrito pelo médico, deixando ao profissional a possibilidade de opção, podendo ainda visualizar outros medicamentos com o mesmo princípio activo do prescrito e todos os genéricos constantes na tabela PT. O sistema permite ainda a possibilidade de digitalizar a posologia, com reconhecimento de posologias anteriormente prescritas pelo médico em questão e para o medicamento que está a ser prescrito; possibilidade de consultar prescrições anteriores do doente; impressão automática da receita electrónica e ainda permite a possibilidade de construir uma base de dados Regional/Nacional para o Observatório do Medicamento. – Base de dados sem identificação do doente e do médico.

2.2.3.3 – Sistema de apoio a prática de enfermagem

Este sistema pretende ser uma ferramenta de apoio à actividade diária do enfermeiro, tendo por base a *International Classification for Nursing Practice* do *International Council of Nurses* – CIPE, de acordo com orientações da Ordem dos Enfermeiros. Este módulo visa o tratamento e a organização da informação processada na documentação de Enfermagem, tendo em vista a gestão do recurso informação, numa lógica de promoção da qualidade da assistência de Enfermagem.

A informação específica da aplicação do módulo de enfermagem (SAPE), orientada para a actividade do Enfermeiro nos Cuidados de Saúde Secundários pode ser dividida em 5 grupos (Quadro 2.5).

Quadro 2.5 – Áreas de actuação dos enfermeiros no SAPE

Registo das intervenções que resultam das Prescrições Médicas	Registo de dados resultantes da apreciação inicial de Enfermagem	Registo de Fenómenos/ Intervenções de Enfermagem	Plano de trabalho por turno/dia
São transcritas as prescrições médicas para o sistema informático, para que no plano de trabalho do enfermeiro, apareçam de forma automática as intervenções a realizar num determinada hora/turno. Assim, são registadas: a medicação prescrita, as atitudes terapêuticas prescritas, as análises e exames requisitados e a dieta a seguir. São também registadas as cirurgias programadas	Registo de um conjunto de dados colhidos no momento da admissão do doente no serviço, definidos por cada serviço de acordo com as realidades/necessidades locais, que facilitam o juízo, diagnóstico do enfermeiro e a tomada de decisão	São registados os problemas do doente identificados pelo enfermeiro (fenómenos de enfermagem – classificados na CIPE). A partir desse processo diagnóstico, o enfermeiro prescreve intervenções de enfermagem tendo em vista: prevenir complicações, minimizar ou resolver problemas identificados. A essas intervenções são atribuídos momentos de implementação, ao mesmo tempo que é construído automaticamente um plano de trabalho de enfermagem. Na definição dos problemas registados, podem ser avaliadas características definidoras desse problema através do registo do estado do problema	De acordo com os dados introduzidos e segundo os momentos de implementação previstos em cada prescrição (médica e de enfermagem), o sistema elabora de forma automática um plano de trabalho de enfermagem que basicamente contém todas as intervenções a implementar pelo enfermeiro num determinada contacto/turno. Relativamente a cada intervenção planeada, o enfermeiro registará a implementação ou a não implementação, o enfermeiro procede ao registo dos dados obtidos nas tabelas de parametrização do serviço

Tabelas de Sistema

Fonte: Adaptado de IGIF (2007)

Por último, em relação às **Tabelas de Sistema**, onde é definida a parametrização e algumas codificações padrão dos serviços e da Instituição – normalização.

Os profissionais de saúde que terão acesso a esta informação bem como a sua manipulação, serão apenas enfermeiros – cada enfermeiro terá o seu perfil de acesso.

Tendo em conta o exposto, exige-se uma reflexão sobre a contribuição dos SI na melhoria e eficácia da gestão hospitalar. No período industrial, as pessoas estudavam durante os primeiros anos de vida, para depois trabalharem durante três ou quatro décadas. Actualmente e de acordo com as evoluções tecnológicas, torna-se necessário para além das décadas iniciais de estudo, um *up grade* contínuo de conhecimentos durante os anos de trabalho. A aprendizagem é segundo Sousa (2000: 48), “ a nova forma de trabalho”. Representa o núcleo vital da capacidade de uma organização se adaptar às rápidas alterações do ambiente. Traduz a oportunidade para identificar e rapidamente explorar oportunidades

que outros ainda não tenham detectado. Souza (1998), citado por Sousa (2000: 49), refere “que um passo importante na aprendizagem, consiste na revisão de programas de formação, de forma a libertar a criatividade e a multiplicar o capital intelectual”.

Assim na era do conhecimento, a aprendizagem é vital. O conhecimento estará assim disponível no momento da necessidade. As tecnologias de informação revelam-se fundamentais nos processos de mudança e sobrevivência económica de organizações privadas e na eficiência das públicas. A constituição de bases de dados de clientes e a sua utilização pelas redes informáticas vem criar expectativas acrescidas da melhoria das comunicações e da eficiência dos serviços de saúde, nomeadamente pelas potencialidades de partilha de informação e continuidade de cuidados que possibilita aos diversos utilizadores, independentemente das circunstâncias de tempo e lugar (DGS, 1998). As novas tecnologias de informação aumentam, de modo exponencial, a disponibilidade, comunicabilidade e integração da informação clínica e administrativa de clientes em base de dados de acesso condicionado, e nelas parece assentar a gestão de cuidados de saúde do sec. XXI.

A informação é um recurso vital, ao mesmo nível que os recursos humanos ou os financeiros (Rascão, 2001). Assim, uma organização ao implementar um Sistema de Informação pretende atingir determinados objectivos que serão genericamente:

- Recolher, seleccionar e tratar os dados para servirem de suporte à decisão;
- Proporcionar regularmente informação a todos os níveis da gestão;
- Acrescentar valor à organização.

Os objectivos numa organização, devem ser claros, se possível mensuráveis e concisos. Assim, numa abordagem mais global, os SI devem permitir responder às necessidades específicas de informação dos decisores/gestores assim como, responder às necessidades globais de informação da gestão de topo, agrupando e estruturando os vários tipos de dados de forma a permitir uma visão em conjunto. Os dados fornecidos deverão estar organizados, de forma a ajudar os gestores e decisores, sejam eles de topo, intermédios, de coordenação ou ao nível operacional, a tomar as decisões certas, rapidamente, e com um mínimo de risco (Amaral, 2000). Posteriormente, serão definidos objectivos específicos para os vários departamentos e níveis hierárquicos da organização. Neste ponto é essencial ter em mente que os objectivos específicos de cada departamento não podem contradizer os

objectivos globais mas devem reforçá-los. Os SI se bem concebidos e bem trabalhados numa organização podem trazer vantagens aos mais variados níveis, nomeadamente na redução de custos, no aumento da oferta, na melhoria da satisfação dos clientes, na melhoria da qualidade dos produtos e serviços, entre outros.

Para que um sistema seja efectivamente eficaz, é indispensável que esteja assegurado o rápido intercâmbio de informação, que só é possível devido às SI disponíveis no CHVR-PR. O cruzamento da informação permite retirar do processo todo o seu potencial para uma gestão global eficaz da organização. Só assim, os diversos departamentos ou unidades de uma organização se podem complementar (Amaral, 2000).

Todas estas transformações que têm vindo a ocorrer no CHVR-PR, especialmente nos diferentes domínios da intervenção dos profissionais de saúde, no que toca à introdução do SI nas práticas diárias operadas por força da exigência de elevados padrões de qualidade, promovem e despertam em nós a preocupação com a satisfação e motivação dos seus profissionais com a sua irrefutável relação com diversos factores que compõem a mudança.

Sendo os médicos, enfermeiros e administrativos elementos representantes de profissões que lidam com pessoas doentes e não doentes, surge-nos imediatamente à memória a questão: em que medida a utilização de um SI contribui para a sua satisfação profissional?

Mais importante do que conhecer o nível de satisfação destes profissionais, é para nós, tentar compreender quais os parâmetros do SI que mais proporcionam satisfação ou não, aos utilizadores do mesmo.

Antes de obtermos resposta a esta e outras questões, faremos uma pequena abordagem sobre a qualidade, satisfação e motivação dos profissionais dos serviços de saúde.

2.3 – SOBRE A QUALIDADE, SATISFAÇÃO E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Todas as organizações nascem com o desejo de serem vencedoras, mas poucas o são de facto. A maioria vegeta na mediocridade e caminha para a morte indesejada.

Mezomo (2001: 30)

Nos serviços de saúde, a Qualidade, é actualmente uma preocupação que deve envolver todos os profissionais. Nesse sentido, entende-se por Qualidade, como uma variável estratégica, cujo âmbito permite compatibilizar a necessidade de melhoria com eficiência, através da gestão de recursos humanos e materiais, tendo como fim satisfazer as expectativas dos clientes e profissionais de saúde (Pereira, 2000).

Como cada vez mais os clientes são exigentes no que toca à saúde, dado possuírem um nível cada vez maior de formação, de capacidade económica, de conhecimento dos seus direitos e serviços equivalentes e de ofertas alternativas. Torna-se um grande desafio para todos os agentes envolvidos, na melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde. A melhoria dos serviços de saúde, passa pela implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade, que permitirá corrigir falhas do sistema num quadro de responsabilidade e participação de todos. A Qualidade na saúde representa um desafio para as organizações que pretendam desenvolver uma verdadeira cultura que incentive a participação e envolvimento de todos, funcionando como instrumento facilitador do desenvolvimento de boas práticas, para conseguir dar resposta às verdadeiras necessidades do cliente e do profissional de saúde (Pessoa, 2005).

Santos (1998), refere não existirem dúvidas de que, quanto maior for o grau de envolvimento e maior a harmonização de perspectivas dos indivíduos e dos grupos que interagem na organização, maior será o sucesso da mesma e mais elevado será o nível de consecução dos seus objectivos. Quanto melhores as relações e as afinidades interpessoais e inter-grupais, maior será o sucesso organizacional e mais elevado será o nível de satisfação profissional.

2.3.1 – A cultura hospitalar e cultura da qualidade

Nas organizações de prestação de serviços de saúde, a Qualidade emerge como um imperativo de intervenção para todos os actores envolvidos na prestação de cuidados à população, procurando satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não, respondendo à procura oferecendo sempre mais (DGS, 1998).

Pessoa (2005) refere que a cultura da qualidade, favorece e estimula relações sociais que primam pela confiança e respeito que se estabelece entre indivíduos, levando a um sentimento de partilha de bem comum. Se for inculcado este sentimento em que todos os colaboradores se envolvem e participam na organização, é possível então, implementar uma cultura de qualidade nas organizações hospitalares. A melhoria da Qualidade é para o bem comum dos elementos que interagem com a organização, profissionais e clientes.

Shein (1992) considera que as mudanças nas organizações deverão começar pela gestão de topo e como principais ferramentas a utilizar, estarão a liderança, formação, reconhecimento e satisfação no trabalho, ao mesmo tempo que deverão colocar em prática mecanismos de persuasão para envolver os profissionais na cultura da Qualidade da organização.

A qualidade na saúde pode assim assumir uma de três dimensões complementares: a) **A Qualidade da prática profissional**, considerada quer a nível de processos, quer a nível de resultados, b) **A Qualidade enquanto elemento central de gestão organizacional**, particularmente naquilo que se refere a mudanças na gestão e c) **A qualidade enquanto marca de garantia e segurança**, obtida através de Certificação e/ou Acreditação vista na perspectiva do utilizador dos serviços de saúde (Pessoa, 2005: 50). Ainda segundo a mesma autora, para que se verifique a interiorização da cultura da Qualidade é imperioso o envolvimento e a participação de todos na organização, como premissa fundamental no dia a dia da actividade organizacional.

2.3.2 – Do conceito à medição da Qualidade

Ao longo dos anos foram vários os conceitos de qualidade, tendo mais ou menos todos em comum a importância da satisfação do cliente/consumidor e de bens/serviços que lhe são prestados.

Crosby, citado por Mezomo (2001), entende que qualidade significa conformidade com os requisitos, pois na sua opinião, se não houver exigências claras, a qualidade torna-se sem sentido ou algo subjectivo. Crosby, relaciona mesmo a qualidade a um *standart*, porque depois de definido, acaba com a confusão e começa a produção/serviço de alta qualidade. O autor defende que *standart* é igual a zero defeitos ou dito nas suas palavras “fazer a coisa certa da primeira vez e melhor na seguinte”.

Já para Juran, citado por Mezomo (2001), qualidade é a adequação ao uso, ou seja, para haver qualidade terá não só que se ter em conta a confiança do produto/serviço pelos seus consumidores, mas também a sua adequação às necessidades deles. Quando o produto/serviço tem o perfil que atende às necessidades do cliente, existe satisfação do produto e, por outro lado, quando o produto/serviço tiver defeitos estaremos perante a insatisfação do produto.

Ainda na opinião de Mezomo (2001), citando Dening, defende que a qualidade é a redução nas variações com base a uma contínua melhoria, bem como o orgulho do trabalhador, o conhecimento profundo e as habilidades adequadas. Este autor está em oposição ao zero defeitos de Crosby por considerar um ideal inatingível e também porque esta teoria levaria a organização a fixar-se apenas em números, em resultados, e na busca do impossível. Tal como Juran, o autor, afirma que a limitação da definição da qualidade à conformidade não deixará lugar para a inovação, para a melhoria da administração da organização.

Adaptando estas definições de qualidade na área industrial para uma que especifique qualidade na área da saúde, poderá dizer-se que a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização concebida com resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes (Mezomo, 2001). Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que por sua vez, se definem em funções do alcançável

com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Para o autor, o conceito de qualidade é subjectivo, esperando-se por isso, que o mesmo varie consoante seja definido e aplicado por um médico, por um cliente ou por um gestor, de modo a que a qualidade seja o equilíbrio de todas estas perspectivas.

Na opinião de Pinto (2001) a qualidade dos serviços de saúde pode ser definida como um conjunto de condições e procedimentos que de um modo consistente contribuem para a melhoria e manutenção da qualidade e duração da vida dos clientes. Prestar cuidados de saúde com qualidade implica entre outros:

- Produzir a máxima melhoria do estado fisiológico do cliente, no menor tempo possível, ao menor custo e de acordo com as expectativas do cliente;
- Detectar e tratar a doença o mais cedo possível;
- Fornecer o serviço atempadamente;
- Manter o cliente informado e cooperante no processo de tratamento e nas decisões;
- Dispor de adequados recursos humanos, técnicos e tecnológicos e garantir que estes são usados eficaz e eficientemente;
- Fornecer o serviço com sensibilidade ao stress e ansiedade que a doença possa gerar e tratar convenientemente do estado geral e bem-estar do cliente;
- Manter registos adequados do cliente de modo a permitir continuidade do tratamento, seguimento e avaliação exacta da situação.

Couto e Pedrosa (2003: 145), afirmam que é prática universal, o desejo de prestar cuidados com qualidade, embora estes raramente se verifiquem. Assim porque qualidade é difícil de definir, estes mesmos autores classificam-na em:

Qualidade essencial – o produto deve ser o melhor do mundo, **entrega** – é entregar o produto certo na quantidade certa, no lugar e horas certas para a pessoa certa, é ser seguro para o cliente, para o trabalhador e para a comunidade; **custo operacional** – é ter o menor custo para o cliente.

Qualidade atractiva – as características do produto determinam a preferência do cliente.

Qualidade defensiva – é obrigatório eliminar o que desagrade ao cliente.

Qualidade ofensiva – antecipa características da qualidade que satisfaçam o cliente, introduz sempre características atractivas.

Na opinião de Couto e Pedrosa (2003), a melhor forma de se medir a qualidade é medir a satisfação do cliente com o produto. Ferreira (1998) citando Donabedian (1980), considera existirem três elementos fundamentais de medição de qualidade:

A estrutura – características mais ou menos estáveis dos prestadores dos cuidados de saúde, dos instrumentos e recursos de que dispõem e do ambiente físico e organizacional em que trabalham. Podem incluir-se neste ponto os recursos materiais, humanos (nº e qualificação do pessoal), estrutura organizacional (organização dos prestadores, métodos de pagamento e reembolso, etc.), e localização geográfica e socio-económica do hospital. Os autores acreditam, que uma boa estrutura influencia, de forma positiva, a qualidade dos cuidados.

O processo – conjunto de actividades desenvolvidas por profissionais de saúde tendo como objectivo máximo o atendimento do cliente desde a admissão até à alta.

Os efeitos/resultados – alteração do estado de saúde do cliente que possa ser atribuída à prestação de cuidados.

Os clientes de uma organização de saúde, avaliam a qualidade dos serviços prestados tendo em conta determinados atributos que podem ser categorizados em duas dimensões: 1) A dimensão técnica – a qualidade é o resultado da prestação do serviço e 2) A dimensão funcional ou de processo – forma como o serviço é prestado ao cliente (Simões, 2006 citando Pinto, 2003).

Para Mezomo (2001), a medição da qualidade pode ser feita junto dos clientes, obtendo desta forma, informação oportuna para permitir melhorar os serviços e por consequência a qualidade dos mesmos. Gerir a qualidade, passa por dar atenção à forma como o serviço é prestado, ou seja, nos processos que tem influência directa na criação de valor para o cliente. As normas da série *International Organization for Standardization* (ISO) e *European Foundation for Quality Management* (EFQM) estabelecem os requisitos mínimos e as recomendações a utilizar para iniciar o estabelecimento de um sistema de gestão/garantia da qualidade, tendo como objectivo assegurar a gestão da qualidade a todos os níveis da organização. A metodologia do *Balanced Scorecard* é outro instrumento

também usado para medir a qualidade, onde se incluem medições financeiras e onde se poderá obter informações sobre resultados das acções já realizadas.

Na saúde, a Qualidade deverá passar por um processo de atenção e dedicação às variáveis que estão relacionadas com a qualidade em saúde, de forma a implementar um programa de Gestão Total da Qualidade. Este programa deverá passar por determinados critérios: 1) organização centrada no cliente, 2) liderança efectiva, 3) envolvimento activo de todos, 4) abordagem por processos, 5) operacionalizar a qualidade no contexto de um sistema, 6) tomada de decisão baseada na evidência e 7) respeito pelo legítimo interesse de todos (Mezomo, 2001).

Na opinião de Pereira (2000) a implementação de um sistema de Gestão da Qualidade permite obter vantagens que se traduzem em: 1) boa imagem, 2) homogeneidade da qualidade dos serviços, 3) melhoria global da gestão, 4) contribuição de todos relativamente a objectivos globais, 5) redução de custos da não qualidade, 6) factor diferenciador de outras unidades de saúde, 7) confiança dos clientes, 8) reconhecimento externo e 9) melhoria dos processos com iguais recursos.

Sendo a informação um alimento vital para as organizações de saúde, permite que os líderes e gestores assegurem uma liderança visionária, efectiva e eficaz da gestão clínica, administrativa e financeira. A informação deve ter um papel decisivo para a melhoria contínua de cada serviço, ajudar na definição de padrões de qualidade realistas essenciais, permitir o reconhecimento e recompensas, alimentar as dinâmicas e fluxos motivacionais e identificar oportunidades de inovação e desenvolvimento.

No nosso caso concreto, isto é, do CHVR-PR, temos também que ter em linha de conta a opinião dos profissionais de saúde, como parte integrante de uma organização que gere a sua informação, pois uma estrutura de saúde onde prevaleça a Qualidade deve ser capaz de gerir os recursos humanos e materiais de que dispõe, criar parcerias com outros serviços e satisfazer os seus colaboradores, porque só assim será capaz de obter ganhos em saúde.

A informação em saúde ou não existe ou está pouco disponível. Na tentativa de otimizar, harmonizar, empenhar e tornar justo os serviços de saúde, é imprescindível implementar sistemas que potenciem a comunicação, procurando o sucesso e a excelência na oferta e nos processos de gestão. Os hospitais portugueses, caracterizam-se ainda, pela deficiência de sistemas de informação, inexistência de eficaz avaliação das pessoas, falta de

coordenação entre os serviços, contribuindo para a geração de um conjunto de atitudes que conduzem os seus profissionais para a insatisfação e desmotivação no trabalho (Rodrigues *et al.*, 2007; 2007a; 2007b). Atendendo a que os hospitais, são organizações que detêm os meios que visam a procura da melhoria da qualidade de vida dos seus clientes, necessitam também de capacidade de adaptação, de inovação, de flexibilidade, de formação e qualificação dos seus recursos humanos. Assim, o sucesso da gestão hospitalar, na nossa opinião, passa também pela via da satisfação profissional dos seus colaboradores.

O estudo da satisfação, bem como a percepção dos seus efeitos nos profissionais de saúde tem por base um conjunto de teorias objecto de tratamento neste ponto. Estas procuram explicar como e porquê as pessoas estão ou não satisfeitas com as funções que desempenham num contexto de trabalho, tendo como instrumento de apoio à prática profissional, o uso de sistemas de informação.

2.3.3 – A satisfação e motivação dos profissionais nos serviços de saúde

Acerca dos temas **satisfação** e **satisfação profissional**, procuraremos ser o mais breve e sucinto possível, partindo do pressuposto de que, muito se tem escrito acerca destes temas.

A fim de nos situarmos no real e no concreto importa, antes de mais, referirmos o que entendemos por **satisfação** e por **satisfação profissional**. Embora seja considerado como uma verdade inquestionável, que um trabalhador satisfeito é um trabalhador mais produtivo, a definição de satisfação aproxima-se mais dos estados afectivos e das cognições, do que da questão da produtividade. A título de exemplo, e segundo Santos (1998), satisfação é um estado de boa disposição manifestado por se sentir bem com o que se faz e sentir-se reconhecido pelo seu trabalho, traduzindo uma elevação moral sentida após uma necessidade satisfeita. No sentido subjectivo satisfação, é um estado efectivo do que se deseja, indica um efeito, um triunfo, a realidade de um desejo, ou a percepção do dever cumprido e recebimento de uma recompensa imediata (Francés, 1989). Satisfação profissional é para Santos (1998), a maneira favorável com que os profissionais consideram o seu trabalho.

Vários foram os autores que tentaram explicar a relação directa entre a satisfação profissional e o seu nível de produtividade. A partir do momento em que alguém conclui

existirem inúmeros factores que poderão contribuir positiva ou negativamente para a satisfação profissional começam a surgir inúmeras conclusões de estudos nesse âmbito.

Os estudos sobre satisfação profissional remontam ao início do século XX e um dos percursores é Frederick W. Taylor, fundador da Escola de Administração Científica. Associava a satisfação profissional com as recompensas monetárias como motivadores de maior eficiência e produtividade. Outros estudos se seguiram, incluindo o humanístico sociológico e ao psicológico. Dentre esses, destacam-se os estudos de Elton Mayo, nos anos trinta (interacção social), Abraham H. Maslow, em 1954 (teoria da hierarquia das necessidades humanas), Douglas McGregor (teoria X – Teoria Y), Frederick Herzberg, em 1959 (Teoria dos dois factores), David C. McClelland em 1961 (Teoria das necessidades aprendidas), Vroom, em 1964 (teoria da expectância), J.S. Adams, nos anos 60 (teoria da referencia de grupos sociais), Chrys Argyris (teoria da imaturidade-maturidade) e, mais recentemente, Christophe Dejours (psicopatologia do trabalho) (Martinez, 2002).

Todos estes autores contribuíram de forma significativa para o conceito que se tem actualmente sobre satisfação profissional.

2.3.3.1 - Satisfação profissional

Quanto ao conceito de satisfação profissional, diremos que, tal como Santos (1998), esta se encontra relacionada com as atitudes positivas que os profissionais têm em relação a vários aspectos das actividades. André e Neves (2001) citando Vála (1994), afirmam que satisfação profissional é um construto que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho. A satisfação profissional está longe de construir uma preocupação acessória ou apenas passageira, pois está directamente ligada explicita ou implicitamente à qualidade do desempenho, produtividade e realização pessoal.

A avaliação da satisfação profissional dos profissionais de saúde tem até enquadramento legal próprio, no nosso país. Referimo-nos à lei de bases da saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), segundo a qual a satisfação profissional é (ou deve ser) um dos critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos clientes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos numa óptica de custo – benefício.

A satisfação profissional resulta da avaliação sistemática que cada um de nós faz, instantânea e empiricamente, do nível de realização dos seus valores, necessidades,

preferências e expectativas profissionais; ou seja, é uma pessoa entender ou sentir que aquilo que recebe (por ex., dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, conforto, bem-estar, amizade dos colegas, apreço dos clientes, autonomia no trabalho, oportunidades de formação contínua, desenvolvimento e reconhecimento de um projecto profissional) é justo ou vai de encontro àquilo que esperava obter. Em última análise, a satisfação pode ser medida pela discrepância (E-R) entre expectativas (E) e resultados (R): Quanto menor for a discrepância E-R maior será a satisfação (idealmente, $E=R$); quanto maior for a discrepância ($E > R$), maior será a não satisfação (Graça, 1999).

É hoje reconhecido que a satisfação profissional é um elemento determinante da avaliação da qualidade das organizações bem como a satisfação dos clientes. A relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não é linear, embora muitos estudos apontem para uma associação ou correlação entre ambos, não esquecendo, portanto, determinadas variáveis sócio-demográficas (por ex., profissão, antiguidade, cargo ou função) e certos comportamentos ou intenções comportamentais (por ex., desempenho, rotação ou *turnover* do pessoal, absentismo, *stress*) (Graça, 1999).

Nesse sentido, Lucas (1984) referia uma correlação positiva entre a satisfação no desempenho e a satisfação psicológica própria e valoriza como factor motivacional a 1) **autonomia** – quantidade de independência, relacionada com o trabalho, iniciativa e liberdade, quer permitida, quer reprimida nas actividades de trabalho diário, 2) **requisitos tarefa** – tarefas que devem ser feitas com parcela regular do trabalho, ao modo de organização do próprio trabalho, enquanto relacionada com o tempo atribuído por cuidados ao doente e para o trabalho administrativo e 3) **salário** – inclui não só remunerações como benefícios acessórios.

De um modo geral, poderá dizer-se que a satisfação profissional encontra-se relacionada com as atitudes positivas que os profissionais têm em relação a vários aspectos da actividade da organização. Entre satisfação e motivação não existe uma relação causal. A noção que um profissional satisfeito é um profissional produtivo, foi durante muito tempo uma forte convicção da gestão, mas não corresponde à realidade. A satisfação profissional é fundamentalmente uma medida de qualidade de vida no trabalho, e tem a ver com estados emocionais, sendo uma resposta afectiva resultante das experiências de sujeitos em relação ao trabalho, ao passo que a motivação é um processo em que se entra em linha de conta com factores de ordem cognitiva (Neves, 1998).

Para o mesmo autor, a satisfação profissional, está intimamente relacionado com os comportamentos de ausência e *turnover*, os quais têm elevados custos para a organização, dado poderem afectar gravemente a sua eficiência. Importa, conhecer os factores que influenciam a satisfação profissional de forma a prevenir comportamentos indesejados. Alguns factores que contribuem para a satisfação profissional possuem maior ou menor importância consoante os indivíduos e o respectivo processo de comparação intra e interpessoal. Para algumas pessoas, as remunerações podem ser o aspecto mais relevante, ao passo que para outras, assumem as condições de trabalho uma importância maior.

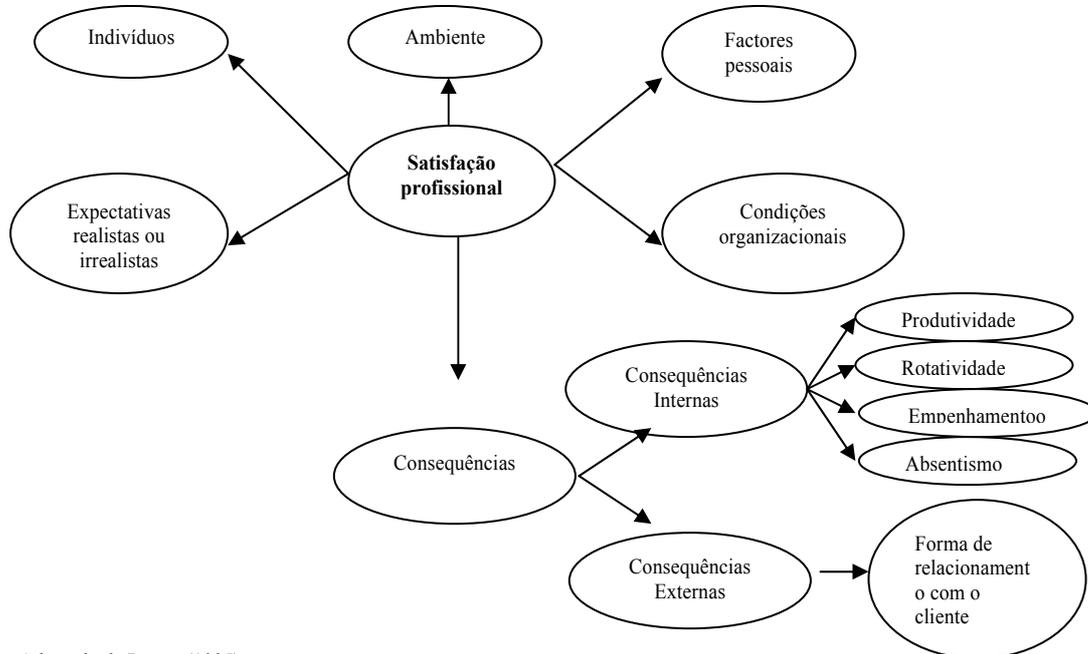
As teorias da satisfação em contexto de trabalho procuram explicar como e porquê os indivíduos se sentem satisfeitos com a sua actividade, e em que medida existe relação entre satisfação e produtividade (Neves, 1998). O mesmo autor, é de opinião que nenhuma das teorias da satisfação garante de forma indiscutível confirmação empírica.

Após o exposto no parágrafo anterior, entre as várias aproximações teóricas da satisfação do trabalho podem ser identificadas seis, segundo Neves (1998), das quais faremos um breve resumo. **Teoria da realização** – Tem em consideração o modo como as medidas de satisfação se combinam para determinar a satisfação em geral, uma vez que há factores relativos ao trabalho com importância diferente, de acordo com as expectativas individuais; **Teoria da discrepância** – A satisfação é determinada pelas diferenças entre as recompensas que a pessoa recebe e outro nível possível; **Teoria da equidade** – a satisfação é determinada pelo balanço dos investimentos (*inputs*) e recompensas (*outcomes*). A percepção de equidade nesta relação determina a satisfação, se a percepção é de iniquidade a pessoa sentirá insatisfação; **Teoria das facetas** – Esta teoria parte do pressuposto que quando há acordo na percepção de um indivíduo no que respeita ao nível de recompensas que recebe, este sente-se satisfeito. Se esse nível é inferior ao que ele acha que deveria receber, então sentir-se-á insatisfeito. Sentirá desconforto e sentimentos de culpa se o nível ultrapassa o que deveria ser; **Teoria da comparação social** – A satisfação resulta da comparação entre o padrão pessoal do indivíduo e a percepção deste relativamente ao seu alcance e quanto menor for a diferença entre aquilo que o indivíduo quer e o que recebe do emprego, maior será o sentimento de satisfação e **Teoria do processo opoente** – a satisfação é um processo determinado fisiologicamente. Refere-se ao processo de oposição no relacionamento dos indivíduos com as emoções. As emoções extremas (positivas ou

negativas) são vistas como prejudiciais ao indivíduo, havendo mecanismos psicológicos que o protegem desses actos extremos.

Cada teoria de uma maneira ou de outra, tem contribuído para a compreensão da satisfação profissional. A relação entre satisfação e as características dos indivíduos tem sido objecto de pesquisas interessantes. Os resultados mostram que a satisfação resulta da interacção dos indivíduos e o ambiente, dos factores pessoais, das condições organizacionais, das expectativas realistas (ou irrealistas) acerca do que o trabalho pode oferecer, produzindo efeitos na satisfação profissional (Lawer, 1995).

Assim, a satisfação profissional reflecte-se ao nível das suas consequências, o que como consequências internas mais importantes estarão a produtividade, a rotatividade, o empenhamento e o absentismo. As consequências externas da satisfação resultam da forma como o profissional se encontra e como isto se manifesta na sua relação com os clientes, ou seja a satisfação está mais virada para o exterior (Lawer, 1995). Na Figura 2.12, colocamos em resumo o processo da satisfação.



Fonte: Adaptado de Lower (1995)

Figura 2.12 – Processo de satisfação

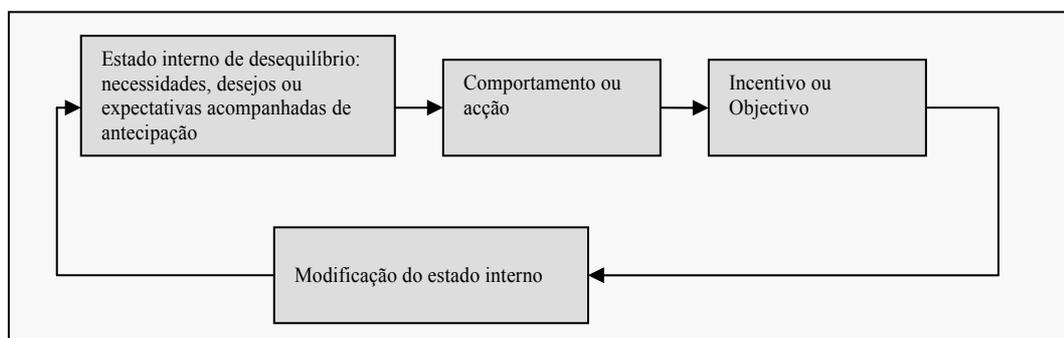
2.3.3.2 – Motivação para o trabalho

Para que a satisfação seja algo presente nas questões do “trabalho” é imperioso que se aborde o tema motivação, que deriva da expressão latina *movere*. Numerosas preposições têm sido avançadas, no sentido de definir motivação. Esta pode então ser definida, de acordo com Neves (1998: 11), citando (Vroom, 1964), como a variedade de comportamento inter e intraindividual, devida não só a diferenças individuais e competências no controlo das exigências do meio ambiente que a acção exige. Contudo na opinião do autor, esta definição torna-se insuficiente na medida em que não especifica o que está envolvido na motivação, ou seja é preciso incluir os determinantes que afectam o comportamento, a sua relação com os comportamentos observáveis e com as consequências.

No quotidiano, quantos de nós não ouviram já, ou mesmo pensaram em o que é que levou alguém a fazer isto? O que é que causou o seu comportamento? Por que é que agiu assim? Para os psicólogos, uma motivação é uma necessidade ou desejo que orienta o comportamento no sentido de conseguir um objectivo (Meyers, 1999). Ainda na área da psicologia, motivação é vista como a tensão persistente que leva o indivíduo a uma forma de comportamento visando a satisfação de uma ou mais necessidades (Chiavenato, 1998).

Rodrigues (1998), conclui que a motivação é uma grandeza vectorial, pois define-se por uma direcção (necessidade, incentivo, finalidade) e por uma intensidade (impulso).

Para explicar o comportamento dos trabalhadores em contexto de trabalho tem sido desenvolvido um conjunto de teorias que abordam a motivação sobre diversas perspectivas. Os factores básicos do comportamento em contexto de trabalho contemplam necessidades e expectativas, comportamentos, objectivos e *feed-back*. A Figura 2.13, mostra um modelo da estrutura básica da motivação.



Fonte: Neves, A. L. (1998). Motivação para o trabalho.

Figura 2.13 – Modelo generalizado do processo básico de motivação

Tal como já descrito, o estudo da motivação tem sido uma das áreas em que mais investigações têm sido desenvolvidas e para o qual mais modelos teóricos têm sido propostos. A noção de motivação é um conceito fulcral para a compreensão do comportamento humano. As teorias da motivação procuram fornecer uma explicação das várias forças que têm influenciado o comportamento das pessoas em contexto de trabalho. Uma das classificações possíveis é, segundo Neves (1998), aquela que agrupa a motivação em três grandes paradigmas: a) **necessidades motivos – valores**, pondo em relevo o papel da personalidade, ênfase nas necessidades, motivos e valores como a base da variedade de comportamentos que se manifestam nas organizações; b) **escolha cognitiva**, sublinha as diferenças individuais, sendo uma teoria que focaliza o processo cognitivo nos processos de tomada de decisão e escolha de alternativas e c) **auto-regulação**, comportamentos modelados por objectivos.

Com base neste enquadramento, apresenta-se de forma resumida os paradigmas da motivação para o trabalho, segundo Neves, (1998).

Paradigma das necessidades-motivos-valores

Neste paradigma as diferenças individuais assim como a possibilidade de activação desses determinantes explicam a variedade de comportamentos individuais. Aqui se inclui a **Teoria dos instintos de William McDougall (1908)** – estes são tendências hereditárias, intencionais, orientadas para objectivos e que explicam como os indivíduos percebem as situações, são estimulados e agem; **Teoria da hierarquização das necessidades** – esta teoria proposta por Maslow (1954) estabelece que as necessidades humanas não têm todas a mesma força e que a sua energia obedece a prioridades. O comportamento humano é sustentado por um conjunto de motivos que visam a satisfação de necessidades. Propõe que as pessoas são motivadas por cinco tipos distintos de necessidades: fisiológicas, de segurança, sociais, de estima, e de auto-realização; **Teoria da necessidade de realização de McClelland (1965)** – este autor define a necessidade de realização como um comportamento orientado para objectivos com padrão de excelência. Identificou três tipos de motivos ou necessidades básicas. Utilizando o *Thematic Apperception Test* (TAC), uma técnica de cariz psicanalítico, McClelland realizou as suas investigações com base nas necessidades de sucesso (Procura alcançar o sucesso perante uma norma de excelência pessoal), de afiliação (prazer em trabalhar com outras pessoas, dar atenção aos sentimentos dos colegas e apreciar

a companhia dos outros), e de poder (Procura controlar ou influenciar outras pessoas e dominar o meio ambiente) e **Teoria Y - Douglas McGregor (1960)**, propõe duas distinções fundamentais relativamente ao modo como os gestores encaram o género humano. De forma negativa temos a Teoria X (onde os profissionais aparecem com uma aversão inata ao trabalho, devendo ser controlados, dirigidos, ameaçados com sanções para que estes produzam. Nesta teoria as necessidades de baixa ordem regulam o comportamento das pessoas) e de forma optimista a Teoria Y (oposta à anterior teoria, aqui os indivíduos desenvolvem naturalmente esforço físico e mental para o trabalho, não necessitam de controlo, nem sanções, a responsabilidade advém dos objectivos de recompensas associadas à realização, são engenhosos, imaginativos e criativos. Para McGregor o individuo só é aproveitado parcialmente).

Estas teorias determinam o comportamento dos gestores na forma como lidam com os seus colaboradores.

Paradigma da escolha cognitiva

Neste paradigma a motivação é encarada como um processo chave que influencia as escolhas entre alternativas no decurso de uma acção.

A partir dos anos 60 as teorias clássicas com ênfase nas necessidades, motivos e valores, perderam a sua importância devido ao aparecimento de investigações que deram origem a teorias designadas genericamente por objecto, expectativa, equidade, as quais em vez de procurar expectativas universais sublinham as diferenças individuais enfatizando as escolhas entre várias alternativas (Neves, 1998).

Teoria da equidade, de Adams (1963) – teoria de troca social baseada na teoria da comparação social (comparam os seus contributos para a organização com aquilo que dela recebem). Justiça no local de trabalho é sinónimo de equidade. Quanto mais trabalharem, mais deverão receber. Segundo a teoria de Adams, os indivíduos avaliam os *inputs* (investimentos) e *outcomes* (recompensas) com base na importância que têm para si. Nestes termos, considera-se uma situação de equidade quando o rácio pessoal dos *outcomes* pelos *inputs* é igual ao rácio dos *outcomes* pelos *inputs* do outro trabalhador comparado. Se os rácios não são iguais, então estamos perante uma situação de iniquidade. A teoria da equidade proporciona explicações sobre o comportamento em diversos aspectos. Numa perspectiva organizacional, a sua principal fraqueza reside no facto de fornecer explicações

das relações dos profissionais em relação à variável dinheiro, deixando de lado outras situações como relações com os pares, superiores e subordinados; **Teoria da valência/instrumentalidade/expectância de Victor Vroom (1964)** – o comportamento resulta de escolhas conscientes entre alternativas. A organização desta teoria assenta em três conceitos fundamentais: expectativa (força de convicção acerca de uma dada consequência), valência (valor afectivo que o individuo atribui às consequências resultantes do seu desempenho) e instrumentalidade (estabelece uma conexão entre desempenho e valência).

O nível de motivação das pessoas depende da satisfação elevada da valência, da instrumentalidade e expectativa (Cunha *et al.*, 2003). Se o valor de algum destes elementos for zero, a motivação é nula.

Paradigma da auto-regulação

A ênfase neste paradigma é colocada nos processos que governam o impacto dos objectivos no comportamento. Pretendem explicar os comportamentos individuais e as estratégias de decisão ou escolha, centrando-se nas consequências dos processos de mudança de comportamentos, diferentemente dos processos que determinam a escolha dos objectivos.

Teoria da realização de Atkinson (1957) – sugere que a tendência dos indivíduos na aproximação a uma tarefa (T) é determinada por quatro elementos: motivos para alcançar o sucesso (MS); para evitar o falhanço (MF); probabilidade sentida na tarefa (P) e valor do incentivo para o sucesso na tarefa (IS). Combinando estes elementos, Atkinson propõe a seguinte fórmula: $T = f((MS - MF) \times P \times IS)$. De acordo com esta fórmula, as pessoas diferem na motivação para alcançar o sucesso sendo esta mais forte que a motivação para evitar as falhas. O medo do falhanço é a antítese para alcançar o sucesso; **Teoria goal-setting de Edwin A. Locke (1967)** – para o autor, um objectivo individual é o mais potente determinante de um estado motivacional transformando-se em acção. Os objectivos influenciam o comportamento dirigindo a atenção, encorajando a persistência e facilitando o desenvolvimento de estratégias, para os conseguir atingir. Para Locke, a satisfação dos profissionais provém do alcance de objectivos específicos, funcionando estes como reguladores de acção e se existir um enriquecimento das tarefas aumenta o nível de satisfação; **Teoria da motivação intrínseca e auto-determinação de Deci (1975)** - considera que a motivação assenta na necessidade de competência e auto-determinação envolvendo as pessoas num ciclo de procura de desafios compatíveis com as suas

capacidades e que a aquisição de competências resultaria da interacção com os estímulos que as provocam. As actividades muito fáceis tornar-se-ão aborrecidas e as que excedem as capacidades do indivíduo geram ansiedade. Quando as pessoas estão livres de intrusão de pressões e tensão procuram situações que as interessam e nas quais possam fazer uso da sua criatividade e recursos próprios. A teoria da auto-determinação sugere que a satisfação aumenta com o desenvolvimento do indivíduo, através de um sentimento de eficácia. A motivação intrínseca está habitualmente associada à qualidade do desempenho, uma vez que esta requer espontaneidade e criatividade; **Teoria da aprendizagem social de Albert Bandura (1977)** – alguns comportamentos adquirem-se através da imitação e observação dos outros em contexto social. Em situação de trabalho, através da aprendizagem, as pessoas adoptam certos comportamentos que são gratificados e evitam outros que são punidos. O comportamento é modelado observando e imitando as pessoas à sua volta, sendo o mesmo também influenciado pelas consequências imediatas assim como expectativas futuras; **Teoria da auto-regulação de Carver e Sheier (1981)** – o comportamento humano é um contínuo processo em direcção a vários objectivos e que este movimento ocorre através do processo de *feed-back* de controlo. Este será um sistema de auto-regulação, um sistema de orientação interna que está na base do comportamento humano. Estes autores sugerem que os indivíduos devem prestar atenção ao seu comportamento de forma a obterem os *inputs* para o processo de regulação e ainda que a auto-regulação é vista como uma resposta pronta quando a discrepância entre um *standart* ou objectivo e o desempenho é detectado.

A motivação é formada e libertada sob a forma de desempenho para realizar os resultados desejados, é um modo de vida, fundamentado nas necessidades e desejos podendo conduzir ou não à satisfação (Meyers, 1999).

Após toda esta exposição, apresentamos na Figura 2.14, em detalhe, a consolidação dos elementos da investigação. A construção do mesmo teve por base o referencial teórico apresentado, em que se procurou desenvolver uma base teórica dividida nas dimensões básicas desta investigação: Das teorias e práticas da gestão às necessidades de informação e conhecimento nas organizações; Gestão da informação e do conhecimento em ambiente hospitalar e qualidade, satisfação e a motivação dos profissionais nos serviços de saúde. Esperamos com base neste referencial, conseguir, no final, identificar as principais componentes dos sistemas de informação tendo por base a opinião dos profissionais do CHVR-PR, naquilo que diz respeito aos recursos disponíveis pela organização hospitalar, à utilização do SI bem como, aos aspectos gerais do mesmo.

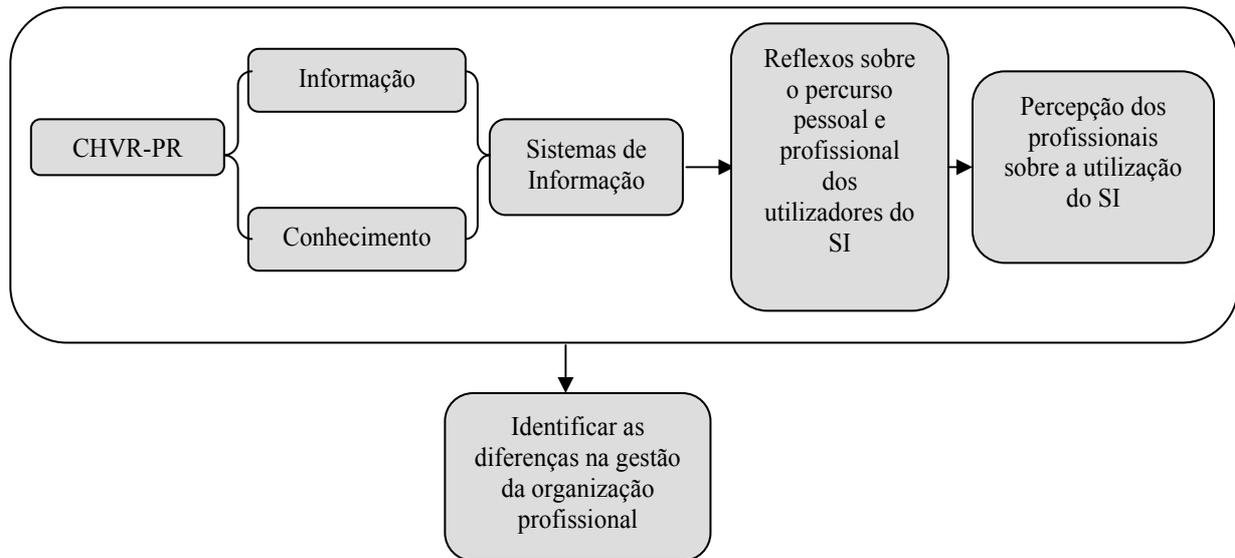


Figura 2.14 – Influência dos sistemas de informação na gestão hospitalar

Chegados a este ponto do estudo, cremos, que o sucesso da gestão hospitalar, ao nível dos seus profissionais, passa entre outros aspectos, pela correcta utilização dos SI, que relacionam a informação e o conhecimento que possuem, de forma a contribuir para uma gestão hospitalar mais eficiente e eficaz, produzindo sensação de satisfação, ou não, com a sua utilização. Será assim de esperar que os diferentes utilizadores do SI sejam elementos facilitadores da eficácia da gestão, percebendo o seu real papel na utilização desta ferramenta de trabalho.

CAPÍTULO III

Dados e metodologia de análise

3.1 – MÉTODOS E TÉCNICAS

A geração da ciência exige a aplicação de um método (método científico) que garanta a exactidão dos conhecimentos.

Baranãno (2004: 22)

Depois de elaborado um referencial teórico tendo em conta a nossa problemática, torna-se imperativo confrontar a visão teórica com os dados que obtemos na prática. Para tal é na nossa opinião, importante definir o percurso da investigação, a análise e interpretação dos dados. Sendo assim, pretendemos a partir de agora, descrever e fundamentar todo o processo metodológico que seguimos neste estudo.

A metodologia de análise, constitui uma etapa importante em qualquer trabalho de investigação, pois é através da utilização de métodos adequados que nos é possível percorrer um caminho para alcançar um determinado fim ou objectivo, obtendo coerência e significância naquilo que diz respeito ao referencial teórico e real, com o intuito de validar o estudo (Fortin *et al.*, 2003).

Através de métodos científicos, os investigadores procuram a solução de problemas, de forma a dar sentido à experiência humana, para compreender a regularidade dos fenómenos e para prever circunstâncias futuras. Como diz Baranãno (2004: 22), “a geração da ciência exige a aplicação de um método que garanta a exactidão dos conhecimentos. Por outras palavras, precisa de aplicação do denominado método científico”.

Métodos e técnicas são usados muitas vezes como sinónimos, mas na realidade são conceitos bem diferentes. Gil (1995: 27), refere-se ao método como “o caminho para se chegar a determinado fim”. Baranãno (2004: 22) vai mais além afirmando que método científico “é um instrumento para a sondagem da realidade, formado por um conjunto de procedimentos, através dos quais os problemas científicos são formulados e as hipóteses científicas examinadas. É uma orientação que facilita ao investigador o planeamento da sua investigação, a formulação de hipóteses, a realização de experiências e a interpretação dos seus resultados, ou seja, representa a estratégia da investigação a adoptar”. Assim para a autora, os principais métodos são: o experimental, o de medida (análise extensiva) e o estudo de caso (análise intensiva).

Quanto às técnicas, Baranãno (2004) considera que são os instrumentos que permitem fazer a recolha e o tratamento da investigação, referindo-se às documentais

(clássicas e análise de conteúdo), às não documentais, de observação indirecta (entrevistas, questionários, escalas de conteúdo e testes) e de observação directa (participante e não participante).

Santos e Clos (1998: 1) consideram que “a opção pelo método e técnica de pesquisa depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objecto que se deseja conhecer”. Assim, torna-se imprescindível encontrar uma metodologia que possa conduzir a um resultado eficaz.

Cientes desta realidade, e tendo em atenção que o CHVR-PR ao implementar esta inovação de aplicação dos SI na prática profissional diária dos seus colaboradores, médicos, enfermeiros e administrativos, conduzirá, à partida, e com base no referencial teórico, oposições ao mesmo, uma vez que irá provocar grandes mudanças na gestão diária das suas actividades. Importa, por isso, de uma maneira geral, através deste estudo fornecer toda a informação possível aos gestores, de modo que estes percebam quais os factores que mais afectam positiva ou negativamente os seus utilizadores, com o intuito de poder melhorar, ou se caso disso, manter a aplicação informática, tendo como finalidade última aumentar a satisfação dos seus profissionais.

Os estudos científicos não são cópias de realidades, mas sim, a construção intelectual, provisória mas testável e reformulável, baseada em abstrações e convenções explicáveis (Pinto, 1994). Podem desta forma, contribuir como fonte de informação para aumentar, ou manter, a satisfação dos clientes, familiares, profissionais de saúde, gestores e entidades governamentais (Simões, 2006).

3.1.1- Sobre o método

A investigação científica tem como objectivo explicar e compreender porque razão os fenómenos acontecem, bem como descobrir e descrever acontecimentos. Assim, podemos afirmar que a estratégia adoptada foi o estudo de medida (análise extensiva). Este estudo pode ser do tipo exploratório ou explicativo, descritivo e transversal. É um estudo exploratório, pois pretende-se aprofundar conhecimentos sobre determinado assunto e produz essencialmente descrições sobre eventos investigados, sugerindo explicações e hipóteses causais. De acordo com Polit e Hungler (1995: 119), “estes estudos caracterizam-se por “explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual se manifesta e os outros

factores com os quais ele se relaciona, além de procurar, observar e registar a incidência de fenómenos”. Gil (1991: 45), considera que os estudos exploratórios, têm como objectivo, “proporcionar mais familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito”.

É também um estudo descritivo, porque segundo Rudio (1983: 14) “tem por objectivo obter informação do que existe, afim de poder descrever e interpretar a realidade [...] descreve os fenómenos tais como já existem na realidade”. Na mesma linha de pensamento, Gil (1991: 45) refere que: “os estudos descritivos têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relação entre variáveis”.

Por outro lado, este estudo também é considerado transversal, uma vez que os estudos transversais implicam a recolha de dados num momento específico, tal como foi por nós executado (Polit e Hungler 1995).

No nosso caso, pretendemos realizar um estudo extensivo, fazendo o levantamento de uma realidade hospitalar, efectuando numa primeira etapa, um estudo exploratório sobre um conjunto de profissionais, utilizadores de um sistema de informação hospitalar, tentando obter explicações sobre o SI em causa e vantagens da sua aplicação para a gestão organizacional. O nosso objectivo último é o de **perceber qual o impacto da introdução dos SI na gestão organizacional, através da percepção dos seus utilizadores internos (Médicos, Enfermeiros e Administrativos)**.

Tendo em conta o tipo de informação que pretendemos recolher, prevemos a utilização de técnicas não documentais (questionário e entrevistas informais a actores chave do sector²⁰). No tratamento da informação, será essencial a análise quantitativa e por vezes de conteúdo, que conjuntamente, consistirão na descrição quantitativa da recolha da informação através das diferentes técnicas utilizadas, resultando daí as conclusões da investigação.

A Figura 3.1, apresenta o plano de trabalho, sintetizando as suas etapas e retratando em esquema a metodologia de investigação, que foi por nós adoptada para a realização deste estudo.

²⁰ A título de exemplo refere-se as entrevistas realizadas ao Responsável pelo Departamento de Informática do Centro Hospitalar Vila Real, Peso da Régua.

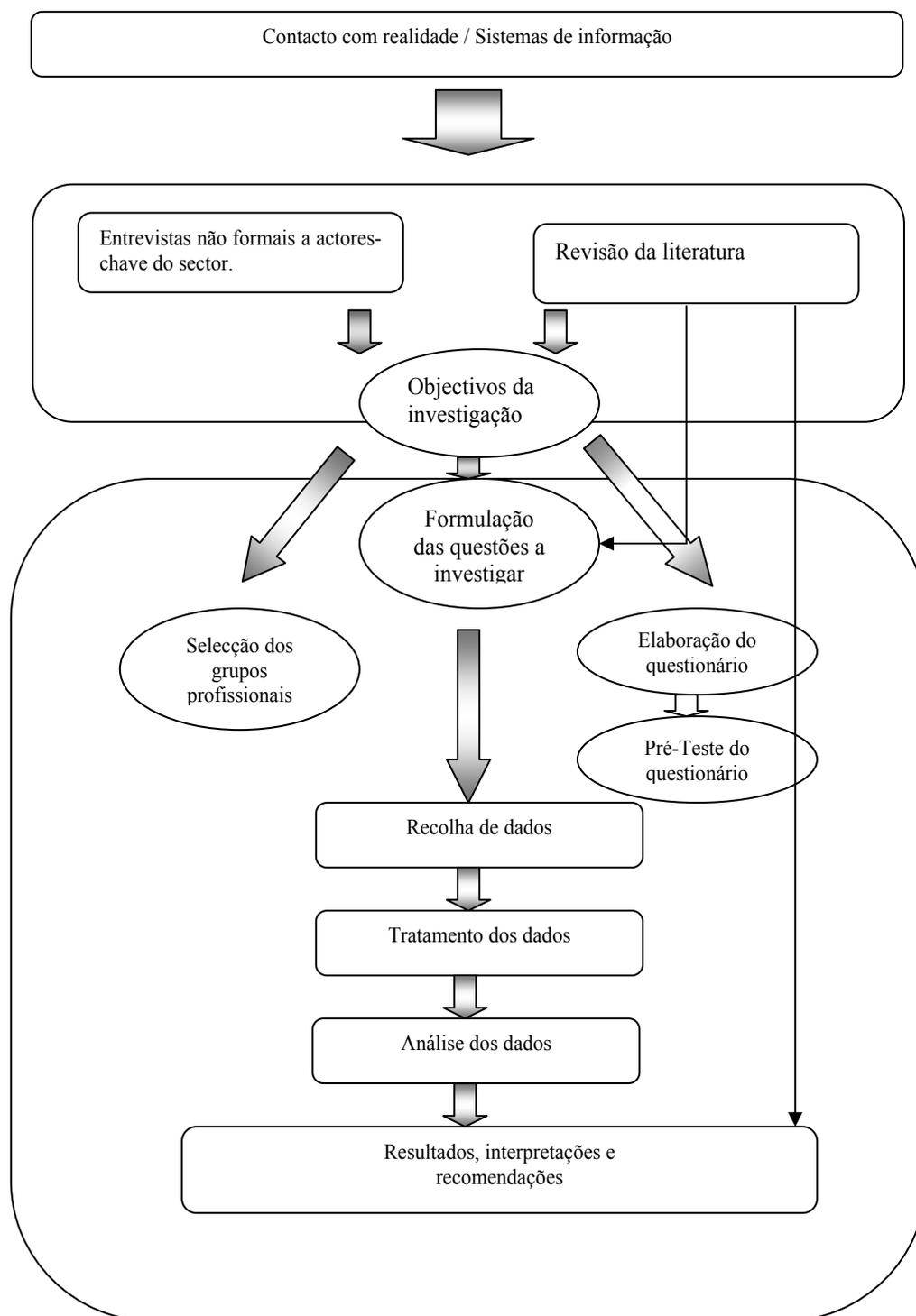


Figura 3.1 – Metodologia da investigação

Desta forma, pretende-se que a natureza deste estudo, se revele exploratória, descritiva, e também prescritiva. Exploratória, no sentido que se pretende adquirir novos conhecimentos sobre a importância dos sistemas de informação hospitalar aplicados à gestão da organização a nível profissional, de forma a contribuir para uma gestão eficaz /eficiente

dos profissionais envolvidos e para a própria instituição de saúde. Descritivo, porque tem a função de descrever os possíveis comportamentos dos profissionais utilizadores dos sistemas de informação e, finalmente, prescritivo, porque se pretende contribuir para a melhoria das práticas da gestão nas unidades de saúde.

3.1.2 – Objectivos do estudo

Tendo por objectivo final **perceber o impacto da introdução dos SI na gestão organizacional hospitalar**, torna-se fundamental passar a uma abordagem mais específica, de forma a aproximarmo-nos da sua operatividade. Assim, e de acordo com o exposto, no ponto 1.2 do primeiro capítulo, torna-se pertinente:

- Traçar o perfil dos utilizadores de um SI hospitalar, nossa população alvo;
- Identificar o grau de satisfação dos profissionais com os recursos disponíveis, ao desempenhar o seu papel como profissional de saúde no CHVR-PR;
- Conhecer a satisfação dos utilizadores do SI hospitalar no CHVR-PR, nas várias dimensões da aplicação do SI e em relação aos aspectos específicos dentro de cada uma das dimensões;
- Identificar os factores que mais influenciam a satisfação dos profissionais para a utilização do SI;
- Identificar a opinião dos profissionais quanto à adequação do SI implementado;
- Identificar a opinião dos profissionais de saúde em relação ao processo de implementação do SI no CHVR-PR, nomeadamente quanto às vantagens e desvantagens, estratégias utilizadas, mudanças efectuadas, medidas tomadas para ultrapassar eventuais obstáculos e benefícios que o CHVR-PR pode recolher, decorrentes da introdução do SI;
- Disponibilizar, aos responsáveis do CHVR-PR, os resultados obtidos de forma a contribuir para a melhoria da satisfação dos profissionais tendo por base a utilização do SI.

3.1.3 – Questões e hipótese de investigação

Nesta fase do processo de investigação, parece-nos importante clarificar as hipóteses em estudo, na medida em que estas direccionam a recolha de dados e a interpretação dos resultados. As hipóteses combinam o problema e o objectivo, uma explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo. A formulação de uma hipótese implica a verificação de uma teoria ou, mais precisamente, das suas proposições. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar. Para Fortin *et al.* (2003: 102), “hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis [...] inclui as variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar”. Na mesma linha de pensamento, Gil (1995: 60) afirma que a “hipótese é uma suposta resposta ao problema a ser investigado. É uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada somente depois de devidamente testada”.

Nogueira (2004), citando Gil (1995) refere-se a uma hipótese como tendo a possibilidade desta ser confirmada ou infirmada. Qualquer afirmação contém, em si própria, a possibilidade da sua negação, daí que geralmente se formule a hipótese nula, vulgarmente designada por H_0 , para a afirmação, e para a sua negação, a hipótese alternativa, à qual se convencionou designar por H_1 . Não é apropriado concluir que os resultados de um estudo provam a validade de uma hipótese ou valor de uma teoria. A hipótese é verificada com ajuda de análises estatísticas e os resultados indicam se a hipótese nula ou de investigação é confirmada ou infirmada.

Baseados nesta descrição relativamente à formulação de hipóteses a serem testadas, conjuntamente com a revisão bibliográfica e o modelo de investigação proposto, formulou-se dois grupos de questões que temos por centrais, para as quais pretendemos encontrar respostas, e uma hipótese de investigação a ser testada, com o decurso desta investigação.

Com o intuito de responder à primeira questão principal. “**Quem são os utilizadores do SI hospitalar e qual o seu percurso formativo e profissional?**” formulamos, entre outras, as seguintes questões: 1.1 – Quem são os utilizadores de um SI hospitalar? 1.2 – Qual o percurso formativo dos profissionais utilizadores de um SI? 1.3 – Na carreira hospitalar, qual a categoria profissional que detém os utilizadores do SI? e 1.4 – Qual é a situação profissional actual, em termos de vínculo, tempo de serviço e funções desempenhadas?

O segundo grande grupo, pretende avaliar “**Qual a percepção destes profissionais sobre a implementação e utilização dos SI?**”, sendo composto por questões do tipo: 2.1 – Existirá uma relação adequada dos profissionais de saúde utilizadores de um SI, no que diz respeito aos recursos disponíveis para a realização das suas funções? 2.2 – Até que ponto a formação dos profissionais utilizadores de um SI é um vector importante para facilitar a sua implementação e adesão? 2.3 – Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a utilização diária dos SI na organização das actividades decorrentes do dia a dia de trabalho? 2.4 – Será que os SI se adequam à actividade profissional dos seus utilizadores? Quais os aspectos gerais do SI que mais contribuem para a sua organização profissional? 2.5 – Como é que os utilizadores do SI hospitalar, avaliam o processo de implementação?

Foram estas e outras questões que nos levaram de imediato a formular a nossa hipótese de investigação: **Ho: A introdução dos sistemas de informação ao nível hospitalar contribui, de forma significativa, para a obtenção de uma maior eficácia e eficiência organizacional.**

É com base nesta hipótese, que se assume como a base condutora de toda a investigação, e nas questões que formulamos, que pretendemos desenvolver a nossa investigação. Dito de outra forma, tentaremos averiguar se os SI hospitalar têm impacto positivo para a gestão das actividades diárias dos profissionais de saúde, utilizadores de um SI, no Centro Hospitalar Vila Real -Peso da Régua.

3.1.4 – Definição da unidade de análise

O nosso campo de análise são todos os profissionais de saúde pertencentes às classes profissionais da medicina, enfermagem e administrativa, que são utilizadores de um sistema de informação hospitalar no seu dia a dia de trabalho, no CHVR-PR (sede), até à data de início de recolha dos dados. Dada a impossibilidade de inquirir todos os profissionais de cada classe profissional, uma vez que não preenchiam os requisitos por nós estabelecidos, para o correcto preenchimento do questionário (a saber no ponto 3.1.5 deste capítulo), decidimos confinar o estudo aos profissionais com uma ou mais características comuns, determinando a população alvo.

A opção pelo CHVR-PR (sede), sendo este constituído pelo Hospital de São Pedro, em Vila Real onde está localizada a sede social, e pelo Hospital D. Luíz I, no Peso da Régua,

teve em conta o facto de deste ter implementado para as diferentes classes profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos) módulos informáticos que permitem a gestão da informação do cliente aos vários níveis, ao passo que à data de recolha dos dados, o Hospital D. Luiz I, na Régua não estava completamente informatizado, tendo apenas em vigor o sistema de informação SONHO, não sendo portanto possível, fazer a comparação dos dados obtidos. Estes foram os principais motivos que nos levaram a definir a nossa unidade de análise como sendo o Hospital S. Pedro.

3.1.5 – Fonte de dados e selecção dos participantes

A descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. Além de escolher sujeitos de uma população definida, o investigador considera o método de amostragem apropriado e o tamanho da amostra. Este é um factor importante na determinação de resultados significativos do ponto de vista estatístico. As características dos indivíduos são um factor a ter em conta, não só na realização dos vários estudos mas, também, no esclarecimento de comparações relativas a parâmetros calculados entre populações diferentes. Fortin *et al.* (2003: 373), afirmam que a “população é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

A natureza da população que esteve na base deste estudo é representada pelo conjunto de profissionais da área administrativa, de enfermagem e médica do hospital S. Pedro, utilizadores de um SI específico para cada um dos grupos de profissionais. Na Figura 3.2, podemos observar, em esquema, a população que foi por nós assumida para a realização do estudo.

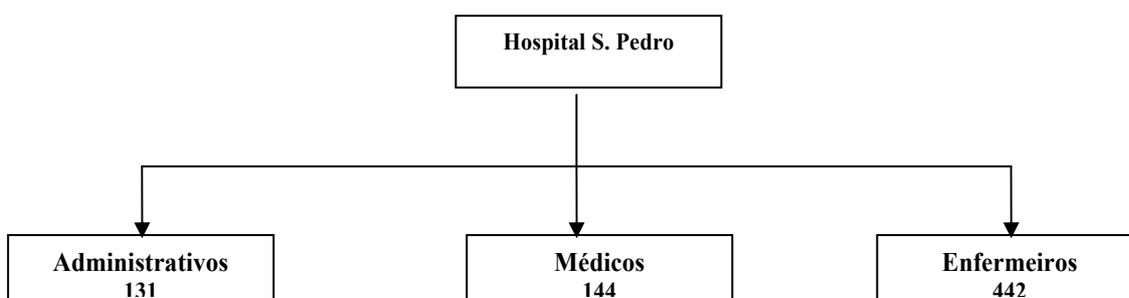


Figura 3.2 – População residente no Hospital de S. Pedro

Tal como anteriormente afirmado, na impossibilidade de trabalhar com toda a população descrita, optamos por reunir uma amostra que fosse representativa da população em estudo, de forma a termos razoável confiança de que os resultados da investigação possam ser extrapolados para a população. Assim, a selecção da amostra foi obtida por métodos de amostragem casual ou probabilístico, mais concretamente através da amostragem aleatória simples no caso dos profissionais de enfermagem. Para os outros dois grupos de profissionais (administrativo e médico) foi usada uma amostragem não – casual também chamada de dirigida ou não probabilística, em concreto, através da amostragem por conveniência.

Baranão (2004), define a amostragem aleatória simples, como uma técnica segundo a qual cada elemento que compõe a população tem a probabilidade conhecida e diferente de zero de integrar a amostra. Para o grupo de enfermeiros foi usado este método de amostragem uma vez que foram submetidos ao estudo, os enfermeiros pertencentes aos quatro serviços piloto do Sistema de Informação Hospitalar (SAPE). Esses serviços dizem respeito ao serviço de pneumologia, ortopedia; unidade de cuidados intensivos de cardiologia e a unidade de cuidados intensivos polivalente. Este último, acabou por ser retirado, dado encontrar-se em fase de reestruturação ao nível dos recursos humanos e, por tal, implicou o completo atraso da implementação do sistema. Para os médicos e administrativos a amostragem por conveniência revelou-se a mais apropriada, na medida em que esta representa para Baranão (2004) o uso de sujeitos que são convenientes e acessíveis ao investigador. A construção da amostra é feita a partir de informações disponíveis, à priori, sobre a população a ser estudada, procurando-se que a amostra seja um espelho, tão fiel quanto possível, dessa população.

Usamos este tipo de amostra uma vez que houve necessidade de estabelecer alguns critérios de selecção de elementos, para que fosse possível estabelecer uma comparação entre o que era feito antes e após a implementação do SI. Da população de administrativos, nem todos são utilizadores do Sistema de Informação. Constatamos também que uma grande parte era muito jovem desempenhando as funções que lhe são inerentes pela profissão há pouco tempo, isto é, após a implementação do sistema de informação por eles utilizado, sendo automaticamente anulados da amostra. A aplicação dos questionários para o sector administrativo resultou da colaboração das três chefes administrativas que tiveram a amabilidade de distribuir os mesmos pelos serviços de maior dimensão, em termos

administrativos. Assim, para este sector, temos o serviço de consulta externa geral, urgência geral, urgência pediátrica, arquivo e todos os vários pisos de internamento onde se encontram os administrativos.

Para a população de médicos também esteve em causa a selecção dos mesmos, uma vez que um número relativo não se encontrava neste hospital antes da implementação do sistema de informação, não permitindo, assim, a comparação entre o antes e o depois. Por nossa opção, foram estabelecidos alguns serviços mais específicos para a distribuição dos questionários de forma a podermos recolher a informação necessária para a investigação. Assim, para o grupo de profissionais da medicina, optamos por aplicar os questionários nos serviços de consulta externa geral, (uma vez que abrange a maioria das especialidades médicas), consulta externa de oftalmologia e otorrinolaringologia, consulta externa de pediatria e hospital de dia. Estes serviços comportam um grande número de médicos a trabalhar, antes e depois da implementação do sistema de informação.

Para os três grupos profissionais foi pedida a colaboração dos Chefes/Responsáveis de cada serviço para a entrega e recolha dos questionários e respectiva selecção dos profissionais, dado que estes mantêm maior proximidade com os colaboradores, sabendo de uma forma geral, há quanto tempo se encontram na organização.

Com base no exposto, foi possível então estabelecer uma amostra total para as classes profissionais, de 190 indivíduos composta da seguinte forma (Figura 3.3).

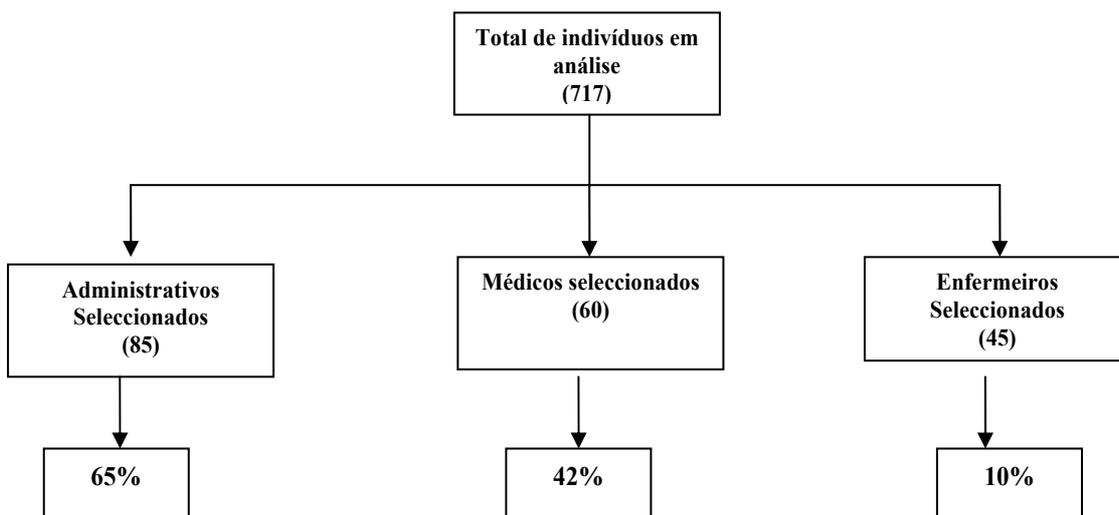


Figura 3.3 – População para análise

Da população total de profissionais, desta unidade hospitalar (717 indivíduos), constituímos uma amostra de 190 elementos que representa 26% da população total, sendo

esta repartida da seguinte forma, para cada uma das classes profissionais: cerca de 65% diz respeito aos administrativos, 42% a médicos e 10% a enfermeiros.

Com a colaboração dos Chefes e Responsáveis de cada classe profissional foi-nos possível constituir uma amostra de 90 indivíduos, repartidos pelas 3 classes profissionais (Quadro 3.1).

Quadro 3.1 – Número de inquéritos programados e recolhidos por classe profissional

Classes profissionais	Programados		Recolhidos	
	N	(%)	Nº	(%)
Médicos	60	31,6%	30	50%
Enfermeiros	45	23,7%	30	66,7%
Administrativos	85	44,7%	30	35,3%
Total	190	100%	90	47,4%

Todos os dados obtidos, são totalmente sigilosos. Cumprindo todos os princípios por nós fixados, obtivemos noventa indivíduos que responderam prontamente ao questionário, correspondendo a uma taxa de resposta superior a 47%.

O período de levantamento da informação decorreu em etapas diferentes de forma a permitir aos profissionais de enfermagem uma maior familiarização com o SI. Para a classe dos profissionais de **medicina e administrativa**, decorreu nos meses de **Maio e Junho** de 2006; já para os profissionais de **enfermagem**, decorreu nos meses de **Outubro e Novembro** de 2006, uma vez que estes últimos se encontravam a utilizar o sistema de informação hospitalar apenas desde o início do ano.

Os dados obtidos com o instrumento de recolha de dados irão ser processados informaticamente, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 14, ambiente *Windows*, para a elaboração da base de dados. A apresentação dos resultados será feita recorrendo a tabelas, gráficos e quadros, de modo a facilitar a sua compreensão. Será omitida a fonte nos quadros, tabelas e gráficos sempre que estes se referirem ao estudo em causa.

3.1.6 – Arquitectura do questionário

Antes de iniciar uma recolha de dados, o investigador deve questionar-se se a informação que deseja recolher, com a ajuda do instrumento de medida em particular, é

exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos e, conseqüentemente, às principais questões da sua investigação. Para isso, deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um. Gil (1995), refere a este propósito, que a elaboração de um instrumento de recolha de dados consiste em traduzir os objectivos específicos da investigação, em parâmetros bem rígidos atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento obtendo, desta forma, informação válida e pertinente à realização do trabalho de investigação.

Atendendo ao tipo dos dados que pretendíamos recolher, bem como à hipótese em estudo e às questões por nós formuladas aplicámos o questionário²¹ – *Organizações de saúde: mudanças na estrutura organizacional e implicações dos sistemas de informação*, elaborado por Rodrigues, Marques, Nogueira, Frederico, Castilho e Santos (2006), aos profissionais utilizadores de SI e entrevistas informais não estruturadas a actores chave do sector, tendo este já sido validado, testado e aplicado noutros estudos.

O questionário é anónimo e foi assegurada a confidencialidade dos dados obtidos, pois seguindo a opinião de Fortin *et al.* (2003), quando se pretende utilizar pessoas numa investigação, é necessário proteger a sua identidade. Assim, de acordo com o referido, foi sempre nossa pretensão garantir o anonimato dos indivíduos e a confidencialidade das respostas.

O questionário inclui questões fechadas, dicotómicas, e questões mistas para caracterizar a população, uma escala de *Likert* de cinco pontos no sentido de obter opiniões e atitudes dos inquiridos relativamente ao estudo registando em graduações diferentes a sua opinião para cada pergunta e, ainda, algumas questões abertas no sentido de permitir ao elemento questionado expor a sua opinião sobre diversas vertentes da problemática de forma não restrita, que serão analisadas posteriormente através da análise de conteúdo²². As questões não abertas são normalmente constituídas por várias alíneas, relativamente às quais é utilizada a escala de medida. Assim, a resposta a uma mesma questão pode ter graduações diferentes em função da alínea em causa. São utilizadas também perguntas de opinião, embora numa primeira fase do questionário se tenha recorrido a perguntas de situação.

²¹ Ver Anexo A.

²² Análise de conteúdo – conjunto de técnicas de análise e comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de mensagens considerada como um método útil para quantificar, de maneira sistemática e objectiva, o conteúdo de um texto ou comunicado, proveniente de qualquer expressão verbal ou escrita (Barlin, 1997).

Partindo de todos estes elementos, o questionário para recolha de dados é constituído por várias partes: desde o percurso formativo e profissional do utilizador do SI à utilização e implementação do SI hospitalar (Anexo A).

Foi assim, com base no questionário aplicado - *Organizações de saúde: mudanças na estrutura organizacional e implicações dos sistemas de informação*, que estruturamos as dimensões a serem operacionalizadas do nosso estudo para análise, com o intuito de recolher, entre outras, informações respeitantes à compreensão do percurso escolar e profissional dos profissionais de saúde, bem como informações pertinentes sobre o SI hospitalar utilizado (Quadro 3.2).

Quadro 3.2 – Dimensões a operacionalizar

	Dimensões	Grupo de questões	Número de Indicadores
1	Percurso dos utilizadores do SI	I, II, III	11
2	Percepção dos profissionais sobre a utilização do SI.	IV, V, VI	39

A primeira parte do questionário (grupo I, II e III), diz respeito às dimensões normalmente usadas para caracterizar sócio – profissionalmente os utilizadores do SI. A segunda parte do questionário, para o grupo IV e V, trata-se da utilização de escalas, destinadas a medir a satisfação atribuída pelos médicos, enfermeiros e auxiliares em relação aos recursos disponíveis, à utilização do SI na gestão diária das suas actividades e das características do próprio sistema. Nestes grupos de questões, são usadas duas escalas, uma com quatro opções, onde o questionado apenas selecciona uma, sendo atribuído à opção “Nada adequado” o valor de 1; na opção “Pouco Adequado”, o valor de 2, na opção “Adequado”, o valor de 3 e na opção Muito Adequado, o valor de 4. O *score* máximo para esta escala é de 36 e mínimo de 9. A outra escala é composta por cinco opções onde “Nulo” é igual a 1, “Pouco” é igual a 2, “Médio” é igual a 3, “Elevado” é igual a 4 e “Muito Elevado” é igual a 5. O *score* máximo para esta escala é de 75 e mínimo de 15. A atribuição destes pesos, deve-se ao facto de querermos atribuir valores mais elevados às atribuições de satisfação mais elevadas sentidas pelos profissionais. Por último no grupo VI, são utilizadas questões de opinião geral acerca do processo de implementação do sistema de informação.

As entrevistas realizadas, conjuntamente com o questionário por nós seleccionado, revelaram-se de extrema importância para a construção das dimensões a operacionalizar.

3.1.6.1 - Pré-teste

Para avaliar a eficácia, a pertinência e a aplicabilidade do questionário, assim como avaliar a profundidade, clareza, precisão e concisão das questões, procedeu-se a um conjunto de verificações designadas por pré-teste do questionário, no sentido de reduzir possíveis erros nele contidos, dando ao investigador a possibilidade de alterar, suprimir ou acrescentar questões, aumentando assim, a validade do instrumento. Isto porque, na opinião dos teóricos da investigação, dos quais destacamos, nesse sentido, Gil (1991: 22), “após a elaboração do instrumento de recolha de dados, deve-se proceder à aplicação do pré-teste, cujo objectivo deve estar centrado na avaliação do instrumento, visando que o mesmo avalie exactamente o que se pretende medir”. Também Polit e Hungler (1995: 169), são da opinião que “um pré-teste constitui uma tentativa para determinar se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e além disso, solicita o tipo de informação que se deseja, evitando o falseamento de resultados e garantindo a isenção de erros”.

Para a concretização da aplicação do questionário, foi solicitada formalmente ao Conselho de Administração do CHVR-PR a respectiva autorização, (Anexo B). Assim, o pré-teste do nosso questionário foi realizado junto de 18 profissionais de saúde (8 administrativos, 6 médicos e 4 enfermeiros), a quem foi pedida a colaboração no sentido de darem resposta ao questionário e facultarem as sugestões que entendessem contribuir para a melhoria do mesmo. Tanto para os administrativos como para os médicos o pré-teste foi efectuado no mês de Abril de 2006. Em Setembro de 2006 o pré-teste foi aplicado aos profissionais de enfermagem.

Os resultados obtidos depois da aplicação do mesmo, permitiram proceder-se a ligeiras correcções que se mostraram oportunas face ao pré-teste realizado.

3.1.7 – Operacionalização das variáveis

Durante o processo de investigação, o investigador, depara-se sempre com “algo”, que se digna por variável, que precisa ser medido, controlado e manipulado (Maroco, 2003).

Na essência, variável é algo que varia, são as características observáveis, elementos ou atributos susceptíveis de tomar valores distintos dentro de um determinado contexto designado por campo de variação ou domínio da variável. Tal como refere Gil (1995: 36) uma variável é “tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos”. No mesmo sentido para Fortin *et al.* (2003: 36), são “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

Maroco (2003), é da opinião que o objecto do estudo estatístico são as variáveis e toda a informação que estas podem fornecer, uma vez que a qualidade de investigação está directamente dependente da forma como as variáveis irão ser medidas e da qualidade de informação que a escala de medida usada irá fornecer. Assim, identificar e operacionalizar variáveis, constitui parte importante de qualquer investigação, dado que permite determinar com rigor a explicação das variáveis.

Para que seja possível adequar o tratamento estatístico dos dados recolhidos, torna-se importante classificar as variáveis e identificar as escalas de medida das mesmas. Como tal, será efectuada uma breve referência teórica à classificação das variáveis e respectivas escalas que aplicamos neste estudo.

Quanto à classificação, as variáveis podem ser classificadas de diferentes modos, consoante a sua utilização na investigação. Nogueira (2004) citando Pestana e Gageiro (2000), afirma que uma das classificações possíveis é aquela que distingue variáveis discretas²³ de variáveis contínuas, bem como, a que distingue variáveis qualitativas e variáveis quantitativas. Para que o investigador consiga obter com qualidade o máximo de informação possível das variáveis, precisa avaliá-las segundo uma escala de medida. A este respeito, Maroco (2003), na sua classificação de variáveis, distingue também entre variáveis quantitativas e variáveis qualitativas²⁴.

²³ **Variável discreta;** uma variável diz-se discreta se os seus valores são tomados num conjunto finito ou num conjunto infinito mas que possam ser visualizados como sendo pontos isolados, ou seja, qualquer valor no infinito, numerável (como exemplo, podemos referir, o número de chamadas telefónicas que, num dado instante, chegam a uma certa central telefónica); diz-se **contínua** se os seus valores formam um continuum, ou seja: formam um conjunto tal que não podemos achar nenhum valor, entre dois valores da variável, que não seja um possível valor da variável (exemplo, o gasto de energia eléctrica numa residência); uma variável diz-se **quantitativa** se suas características ou estados forem expressos através de um ou mais números. Caso contrário, ela será dita **qualitativa** (a indicação de um semáforo de trânsito é um exemplo de variável qualitativa: seu estado pode ser representado pela cor vermelha, amarela ou verde. Por outro lado, a idade daquele semáforo é um exemplo de variável quantitativa). Qualquer variável discreta e contínua, por ser passível de operar matematicamente, pode ser considerada uma variável quantitativa.

²⁴ Uma variável diz-se **qualitativa** quando a escala de medida indicar apenas a sua presença em categorias de classificação discreta e exaustivas e mutuamente exclusivas, podendo ser medidas numa **escala nominal** (as variáveis são medidas em classes discretas, mas não é possível estabelecer à partida qualquer tipo de qualificação ou ordenação. Exemplo: sexo, raça, profissão, etc.), e numa **escala ordinal** (as variáveis são medidas em classes discretas entre as quais é possível definir uma determinada ordem, segundo uma relação descritível mas não quantificável. Exemplo: estratos socio-económicos, habilitações literárias, as escalas de Likert onde existe uma relação de grandeza ou de ordem). As variáveis quantitativas, são aquelas cuja escala de medida permite ordenar e quantificar as diferenças entre elas. Estas podem ser medidas numa **escala de intervalos** (as variáveis assumem valores quantitativos dentro das escalas pré-definidas, mas não possuem o zero absoluto, ou seja, não possuem a medida de ausência de atributo. Exemplo: testes de inteligência) e **escalas de razão** (Estas variáveis assumem valores quantitativos cuja relação entre eles é possível definir, pois esta escala possui um zero absoluto. Exemplo: Peso, altura).

Tendo em conta as duas grandes dimensões que foram por nós propostas, no final do capítulo II e no ponto anterior (3.1.6), que são respectivamente: sobre os utilizadores do SI e sobre a percepção que os mesmos detêm sobre a utilização do SI no seu dia a dia de trabalho, as Figuras 3.5 e 3.6 reflectem todas as dimensões de menor dimensão que compõem cada uma destas macro-dimensões. Para cada uma delas, concorrem outras, como é o caso, a título de exemplo, dados pessoais, habilitações literárias, profissional da instituição de saúde, entre outras. Assim, para além de todas as referências e considerações teóricas, a operacionalização de variáveis inerentes a estas dimensões reflecte, quanto a nós, a expectativa do investigador em poder contribuir para identificar as diferenças na gestão da organização profissional com base nos SI hospitalar. A descrição exhaustiva das variáveis, bem como a escala de medida e respectiva codificação, podem ser observadas no Anexo C.

É com este intuito, o de operacionalizar estas dimensões, que apresentamos de seguida, os grupos de variáveis dentro de cada uma das macro-dimensões, que constituem o protocolo de análise dos dados recolhidos. Procuramos explorar ao máximo, todas as dimensões relevantes, segundo a teoria consultada para a problemática em estudo, tendo, no entanto, a percepção de que algumas delas se virão a revelar de menor importância para o estudo em causa. Se tal acontecer, ficam desde já, disponíveis para estudos posteriores de confirmação e comparação, entre outros.

Assim, e mais uma vez, as Figuras 3.5 e 3.6 correspondem às dimensões que, na nossa opinião, pensamos que irão contribuir para identificar o percurso pessoal e profissional dos profissionais de saúde utilizadores de um SI e perceber qual a sua percepção sobre os Sistemas de Informação hospitalar, na gestão das actividades diárias nas organizações de saúde, nomeadamente o CHVR-PR. Após a recolha dos questionários e antes de procedermos á análise dos mesmos, operacionalizámos as variáveis em estudo de forma a traduzi-las num conceito mensurável.

Na Figura 3.4, são operacionalizadas as dimensões: dados pessoais, dados na instituição e habilitações literárias.

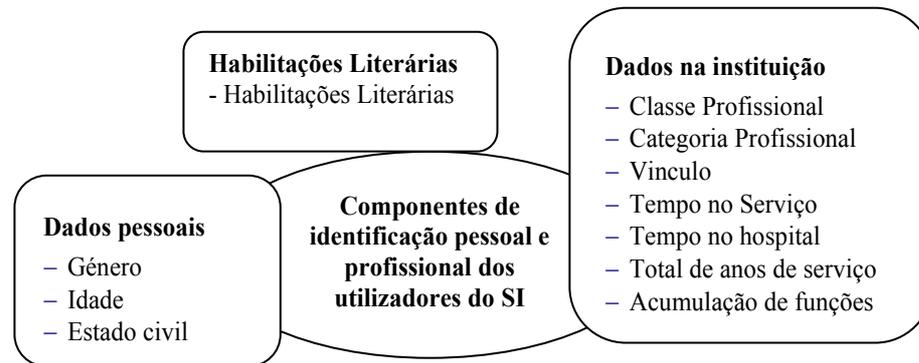


Figura 3.4 – Dimensões de identificação do percurso pessoal e profissional dos utilizadores de um SI

A Figura 3.5 representa as dimensões presentes na percepção dos utilizadores do SI, sobre o mesmo, na gestão diária das suas funções, a serem operacionalizadas: Profissional da Instituição de Saúde, Sistemas de Informação, Utilizadores de SI, Aspectos gerais do SI e implementação do mesmo. Como nas dimensões anteriores, também estas variáveis poderão ser observadas no Anexo C.

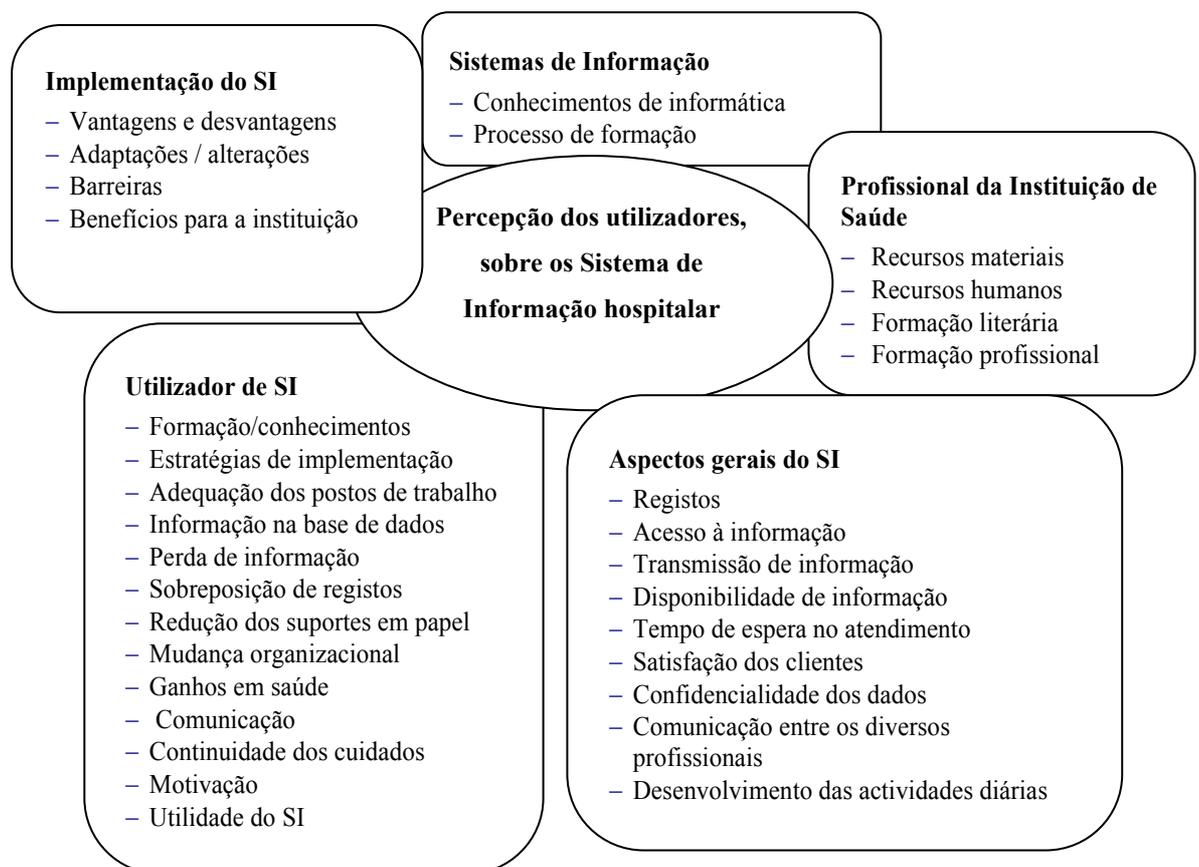


Figura 3.5 – Dimensões da avaliação da percepção geral dos profissionais de saúde sobre os SI hospitalar

O conjunto de todas estas dimensões, pretende responder às questões que foram formuladas no ponto 3.1.3 deste capítulo. Da análise destas variáveis, resultará em nosso entender, uma contribuição importante para que seja possível atingir os objetivos que nos propusemos.

3.1.8 – Registo e verificação dos dados

Uma vez recolhidos os questionários, procedeu-se à sua codificação e ao seu registo informático, do qual resultou uma tabela com todos os dados de forma a prosseguir o seu tratamento por esta via. Todas as perguntas abertas foram codificadas

Os questionários foram verificados pormenorizadamente com o intuito de precaver eventuais erros na fase de registo que pudesse colocar em questão o uso dos mesmos. De seguida validamos o ficheiro dos dados pela validação dos códigos de resposta, pergunta a pergunta e validação da articulação entre perguntas (saltos e filtros), cumprindo a estrutura do questionário que foi por nós utilizado.

Após codificação do ficheiro informático, este ficou apto a ser tratado com base em *software* concebido para o efeito, que no nosso caso foi o SPSS²⁵, na versão 14, onde se realizaram um conjunto de análises estatísticas.

²⁵ Statical Package for Social Science.

3.2 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ANÁLISE DOS DADOS

A capacidade para pensar em termos estatísticos, será um dia tão necessária para a cidadania efectiva como a capacidade para ler e escrever.

Maroco e Bispo (2003: 20)

Neste ponto, iremos debruçar-nos sobre a fundamentação das técnicas estatísticas por nós utilizadas no tratamento e análise da informação recolhida, referindo-se, por isso, à aplicação dos mesmos ao tema da investigação. Nesta investigação utilizamos análises estatísticas exploratórias univariadas, bivariadas e multivariadas.

O objectivo que orienta esta etapa é, a confirmação ou não, da hipótese de investigação. Iniciaremos com uma pequena abordagem à Análise Exploratória Univariada e Bivariada, seguindo-se a Análise Exploratória Multivariada e finalizaremos com a abordagem aos Testes de hipóteses.

3.2.1 – Análise exploratória univariada e bivariada

Na análise estatística descritiva univariada, tratou-se cada variável isoladamente, com o intuito de descrever e explorar os dados obtidos. Optamos por este tipo de análise, por exemplo, para a caracterização geral da amostra das classes profissionais em estudo (Médicos, Enfermeiros e Administrativos).

As estatísticas utilizadas para o resumo dos dados, tiveram em conta a escala de medida das variáveis classificadas nas respostas do questionário (Quadro 3.3).

Quadro 3.3 – Estatísticas utilizadas na análise exploratória

Tipo de variável	Medidas de Localização	Medidas de Dispersão
Variáveis quantitativas contínuas	Média, Moda, Mediana	Amplitude Amplitude Inter-quartil Variância e Desvio Padrão Coeficiente de Dispersão Coeficiente de Variação
Variáveis quantitativas discretas	Média, Moda, Mediana	Amplitude Amplitude Inter-quartil Variância e Desvio Padrão Coeficiente de Dispersão Coeficiente de Variação
Variáveis qualitativas nominais	Moda	
Variáveis qualitativas ordinais	Moda, Mediana	Amplitude Inter-quartil

Na análise estatística descritiva bivariada estabeleceram-se relações entre duas variáveis, possibilitando o conhecimento das relações existentes entre elas. O recurso a tabelas de contingência é a forma mais comum de representar as amostras bivariadas envolvendo os dados expressos em escalas nominais e ordinais.

3.2.2 – Análise exploratória multivariada

A Análise Factorial e a Análise de Componentes Principais, são ambas técnicas exploratórias multivariadas que permitem a representação das variáveis originais em menor número de factores/componentes.

3.2.2.1 – Análise factorial exploratória

Maroco (2003: 261) considera “a análise factorial como uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores (intrínsecos) que de alguma forma (mais ou menos explícita), controlam, as variáveis originais”. À partida, se duas variáveis estão correlacionadas (e essa correlação não é estranha), essa associação resulta da partilha de uma característica comum não directamente observável, ou seja, um factor comum latente. Na análise do factor comum, as variáveis são agrupadas em função das suas correlações, ou seja, as variáveis que compõem um determinado factor devem ser altamente correlacionadas entre si e francamente

correlacionadas com as variáveis que entram na composição de outro factor (Nogueira, 2004). Dito de outra forma, a análise factorial, usa as correlações observadas entre variáveis originais para estimar o(s) factor(es) comum(ns) e as relações estruturais que ligam os factores (latentes) às variáveis. O que se pretende é identificar possíveis associações entre variáveis observacionais, de forma a poder definir a existência de um factor comum (latente) entre elas.

Maroco (2003), afirma que, a ênfase desta técnica se situa na estimação dos pesos factoriais e nas comunalidades, ou seja, cada variável observável deverá ser expressa pelo(s) factor(es) latentes. Segundo esta metodologia, o primeiro factor explica a máxima percentagem do total da variância da amostra, o segundo corresponde à segunda maior percentagem do total da variância e, assim, sucessivamente. Esta técnica, (técnica exploratória multivariada), foi nesta investigação largamente utilizada, uma vez que nos permite, para além da identificação dos conjuntos de variáveis não observáveis directamente, reduzir e combinar um conjunto alargado de variáveis em algumas dimensões (vulgarmente denominadas de factores) que possam vir a explicar o fenómeno.

Nesta análise, só é retida a variação comum, partilhada por todas as variáveis.

Para $k < (p)$ factores comuns:

$$\begin{aligned} X_1 &= b_{11}F_1 + b_{12}F_2 + \dots + b_{1k}F_k + U_1 \\ X_2 &= b_{21}F_1 + b_{22}F_2 + \dots + b_{2k}F_k + U_2 \\ &\dots \\ X_p &= b_{p1}F_1 + b_{p2}F_2 + \dots + b_{pk}F_k + U_p \end{aligned}$$

onde F_k representa os factores comuns, U_p os factores específicos e $b_{ij}, i = 1, \dots, p \quad j = 1, \dots, k$, as correlações entre os factores comuns e as variáveis observáveis.

No modelo factorial ortogonal é necessário assumir que:

- as variáveis originais estão centradas;
- as variáveis latentes (factores comuns) são independentes e igualmente distribuídas com média 0 e variância 1;
- as variáveis residuais (factores específicos) são independentes e igualmente distribuídas com média 0;
- as variáveis residuais são independentes das variáveis latentes.

A análise factorial pode, assim, contribuir substancialmente para a interpretação dos dados em análise.

3.2.2.2 – Análise de componentes principais

A extracção dos factores a partir de variáveis iniciais pode ser realizada através de vários métodos; contudo, apenas nos referimos ao método de extracção de componentes principais, uma vez que é o único a ser utilizado nesta investigação.

A **Análise de Componentes Principais** é um procedimento estatístico multivariado, que permite transformar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si, (X_1, X_2, \dots, X_p) , medidas pelo menos em escala de intervalo, num outro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas entre si, designadas por componentes principais (Y_1, Y_2, \dots, Y_p) , que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais. Refira-se, que este método é composto por três etapas importantes: (1) preparação da matriz de correlação, (2) obtenção (extracção) dos factores iniciais e (3) rotação dos factores.

O método pode ser escrito como:

$$Y_1 = b_{11}X_1 + b_{12}X_2 + \dots + b_{1p}X_p$$

$$Y_2 = b_{21}X_1 + b_{22}X_2 + \dots + b_{2p}X_p$$

...

$$Y_p = b_{p1}X_1 + b_{p2}X_2 + \dots + b_{pp}X_p$$

onde b_{ij} , $i, j = 1, \dots, p$, é o “peso” da variável j na componente principal i .

Os pesos b_{ij} são estimados de tal forma que: (1) a primeira componente principal explique a máxima variação nos dados originais, a segunda componente explique a maior proporção da variância não explicada pela primeira componente, e, assim, sucessivamente; (2) as componentes principais não estejam correlacionadas entre si.

A validade das escalas utilizadas neste estudo para avaliar a satisfação dos profissionais com os recursos disponíveis, como utilizador do SI e para avaliar o grau de adequação do SI, será testada através da Análise Factorial e de Componentes Principais²⁶.

²⁶ A Análise de Componentes Principais não é efectuada directamente no SPSS. O que se faz é a Análise Factorial, sendo o método de extracção dos factores denominado de Componentes Principais.

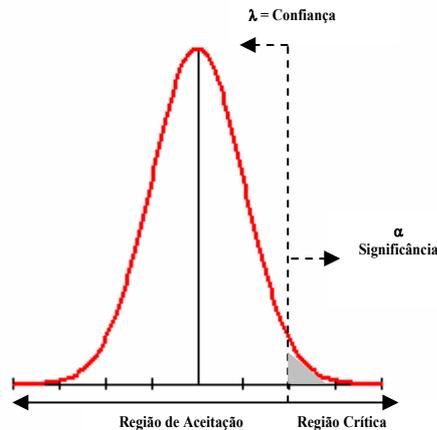
Na análise de componentes principais considera-se a variação total presente no conjunto das variáveis originais, na análise factorial só é retida a variação comum, partilhada por todas as variáveis.

3.2.3 – Os testes de hipóteses

Com o teste de hipóteses pretende-se refutar (ou não) uma determinada hipótese acerca de um ou mais parâmetros da população, com base nas estimativas obtidas em amostras aleatórias e com um determinado risco de erro fixado *à priori* (Maroco e Bispo, 2003). Na opinião dos autores, os testes de hipóteses têm por objectivo verificar, a partir de dados observados numa ou várias amostras, a validade de certas hipóteses relativas a uma ou várias populações.

Assim, de acordo com Maroco (2003) e Marques (2004), o teste de hipóteses desenrola-se em várias fases:

- **Definição da(s) hipótese(s)** a testar (como já descrevemos na secção 3.1.3, deste capítulo): consiste em tentar provar a validade da hipótese alternativa H_1 , uma vez provada a inverosimilhança da hipótese nula H_0 .
- **Identificação das estatísticas de teste e caracterização da sua distribuição:** a estatística que é utilizada para verificar a plausibilidade da hipótese nula designando-se por estatística do teste (ET).
- **Estabelecimento da regra de decisão e especificação do nível de significância:** se a probabilidade dada pelo teste for superior ao nível de significância pré-definido, a decisão deverá ser a de não rejeitar a H_0 ; caso contrário, H_0 deverá ser rejeitada, como se poderá observar na Figura 3.6.
- **Cálculo do teste e tomada de decisão.**



Fonte: Adaptado de Reis (2001) (exemplo de um teste unilateral direito)

Figura 3.6 – Definição das regiões crítica e de aceitação de um teste de hipótese

Nos testes de hipóteses, a decisão de rejeitar ou não a H_0 tem associada uma probabilidade de erro. Assim, se rejeitarmos a H_0 quando a H_0 é verdadeira, apesar de um nível de significância (α) diminuto indicar a pequena probabilidade de um teste conduzir a um erro deste tipo, cometemos o erro do tipo I. Se pelo contrário não rejeitarmos a H_0 quando a H_1 é verdadeira, cometemos o erro do tipo II. Para que a decisão possa ser tomada de forma controlada, é conveniente que, à partida, se fixe o valor a partir do qual se considera improvável a validade da hipótese nula especificando a região de rejeição (Guimarães e Cabral, 1998).

Quando se pretende comparar parâmetros populacionais como média, variância, mediana, etc., a partir de amostras aleatórias, recorre-se à análise estatística. Este tipo de inferência estatística, é particularmente útil para testar significância de tratamentos e factores que são capazes de influenciar a resposta da variável de medida e, em que se pretende testar se o tratamento teve ou não um efeito significativo. Existem basicamente duas metodologias para fazer este tipo de testes: (1) Os testes paramétricos que exigem que a forma de distribuição amostral seja conhecida (a Normal é a mais utilizada), e (2) Testes não-paramétricos que não exigem à partida o conhecimento da distribuição amostral devendo ser aplicados como alternativa aos testes paramétricos (Maroco, 2003).

3.2.3.1 – Testes paramétricos

De um modo geral, a potência dos testes paramétricos é superior à dos testes não-paramétricos. Dito de outra forma, a probabilidade de rejeitar, correctamente, H_0 é maior num teste paramétrico do que num teste não – paramétrico (Maroco, 2003).

Assim, os testes paramétricos exigem que se efectue a verificação simultânea de três condições: (1) que a variável dependente possua distribuição normal, que (2) as variâncias populacionais sejam homogéneas caso estejam a comparar duas ou mais do que duas populações, e (3) requerem geralmente variáveis quantitativas. Para testar a normalidade o teste mais utilizado é o de *Kolmorov-Smirnov* (Maroco e Bispo, 2003).

Se pretendermos comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos podemos fazê-lo recorrendo ao teste t (teste para a igualdade de duas médias). No teste t para duas amostras independentes, compara-se a média de uma variável num grupo, com a média da mesma variável noutra grupo. As amostras podem, por sua vez, pertencer a populações com variâncias diferentes. A diferença observada nas variâncias das amostras é, então, devida a uma causa sistemática. Se as amostras derivam da mesma população, ou de populações com variâncias iguais, a diferença observada nas variâncias das amostras é devida ao acaso. A distribuição amostral t pode ter duas expressões diferentes consoante as variâncias possam ou não ser assumidas no universo como iguais, conclusão que se retira a partir do teste de Levene.

A comparação de médias de duas ou mais populações de onde foram extraídas amostras aleatórias e independentes pode fazer-se através da metodologia conhecida por ANOVA (*Analysis of variance*)²⁷. A análise de variância a um factor, permite verificar qual o efeito de uma variável independente (qualitativa) numa variável dependente (quantitativa). A questão central desta análise consiste em saber se as populações têm ou não médias iguais. Neste teste, há que ter em conta que os grupos a serem testados deverão pertencer a grupos populacionais com igual variância (homocedasticidade) e a variável dependente (aquela para a qual se pretende testar as médias) deve ter distribuição normal na população ou dispor de amostras de grande dimensão ($n > 30$) (Nogueira, 2004).

²⁷ Abordamos apenas o teste de variância para uma variável independente (One-Way ANOVA), por consideramos que o teste de duas variáveis independentes (Twoway ANOVA) representa uma extensão ao modelo do primeiro.

3.2.3.2 – Testes não paramétricos

Os testes de hipótese designam-se por paramétricos se incidem sobre um parâmetro de uma ou mais populações e a distribuição da estatística de teste pressupõe uma forma particular da(s) distribuição(ões) populacional(ais) envolvida(s). Os testes que violem, pelo menos uma das condições, designam-se testes não paramétricos ou de distribuição livre, assim denominados porque não dependem de qualquer caracterização da forma precisa da distribuição de onde provém a amostra em estudo (Pestana e Gageiro, 2003).

Para este estudo usamos o Teste de *Mann-Withney* que compara o centro da localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes. Este teste é de utilização preferível ao *t* quando há violação da normalidade, ou quando os números são pequenos, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal. Este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos, sendo as hipóteses de teste:

- H0: As duas populações são iguais em tendência central;
- H1: As duas populações não são iguais em tendência central.

Em vez de se basear em parâmetros da distribuição normal como a média e a variância, o teste de *Mann-Withney* baseia-se na ordenação da variável.

Também neste estudo esteve presente o Teste *Kruskal Wallis* que é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível, pelo menos ordinal, e é uma alternativa ao *One-Way ANOVA* quando não se encontram reunidos os pressupostos da normalidade e igualdade de variâncias. Este teste é utilizado para testar a hipótese de igualdade no que se refere à localização. Numa amostra de pequena dimensão, menor ou igual a 30, o teste *t* exige a verificação da normalidade²⁸, cuja validação se faz através do teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov²⁹.

No Quadro 3.4, apresentamos em resumo os testes utilizados neste estudo, bem como a razão da sua utilização.

²⁸ O Teorema do Limite Central permite usar a distribuição normal como aproximação da distribuição *t* sempre que a dimensão da amostra seja superior a 30.

²⁹ A violação da normalidade leva a recorrer-se ao teste não paramétrico *Mann-Withney*.

Quadro 3.4 – Testes de hipóteses paramétricos e não paramétricos utilizados

Testes utilizados	Razão da sua utilização
Testes à diferença entre Valores Esperados de duas Populações (2 Amostras Independentes)	No teste t para duas amostras independentes, compara-se a média de uma variável num grupo, com a média da mesma variável noutra grupo. Este teste aplica-se sempre que se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos. Este teste será utilizado, por exemplo, para testar se o nível de satisfação profissional global médio varia consoante o género (Ponto 4.3.2.1).
Teste para duas amostras independentes: Teste de Mann-Whitney	Enquanto o teste paramétrico compara as médias de duas amostras independentes, o teste de Mann-Whitney compara o centro da localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes. Este teste é de utilização preferível ao t quando há violação da normalidade, ou quando os n ^o s são pequenos, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal. Este teste será utilizado, por exemplo, para avaliar a percepção dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com o SI que utilizam no dia a dia por género (Ponto 4.3.2.2)
Teste para duas ou mais amostras independentes – Kruskal Wallis	O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível, pelo menos ordinal, e é uma alternativa ao One-Way ANOVA quando não se encontram reunidos os pressupostos da normalidade e igualdade de variâncias. Este teste é utilizado para testar a hipótese de igualdade no que se refere à localização e será utilizado, por exemplo, para avaliar a percepção dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com o SI que utilizam no dia a dia classe profissional (Ponto 4.3.3.2)

CAPÍTULO IV

**Da caracterização geral da amostra à satisfação dos
profissionais utilizadores de um SI no CHVR-PR**

Tendo por base o referido no capítulo III, propomo-nos agora, expor ao longo deste capítulo os resultados da pesquisa que irá irão por contribuir para perceber qual o impacto dos sistemas de informação na gestão organizacional, ao nível hospitalar, e a sua aplicação no CHVR-PR. Esperamos que os resultados apresentados ao longo do capítulo IV, possam vir a contribuir para uma efectiva melhoria ao nível das práticas da gestão.

Contudo, e antes de qualquer tratamento, importa clarificar a organização que demos ao capítulo (Quadro 4.1).

Este estudo percorreu três fases: Fase Exploratória, Descritiva e Verificativa, cumprindo em cada fase objectivos específicos. A fase exploratória, permitiu aumentar a *compreensão* do fenómeno em estudo. Na fase descritiva, procurou-se *descrever* a amostra, tentando evidenciar as características principais e na fase verificativa procuraram-se tirar conclusões para a população (*Explicar/Prever*).

A estrutura de apresentação do tratamento estatístico realizado para o presente capítulo será a seguinte:

Quadro 4.1 – Questões e técnicas utilizadas

Questões ³⁰	Dimensões e componentes ³¹	Técnica estatística ³²
Questão: 1.1 Questão: 1.2 Questão: 1.3 Questão: 1.4	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação pessoal e profissional dos utilizadores do SI - Dados Pessoais - Formação base - Dados na Instituição - Recursos disponíveis - Sistema de informação - Implementação do SI 	Frequências
Questão: 2.1 Questão: 2.2 Questão: 2.3 Questão: 2.4 Questão: 2.5	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção dos profissionais sobre a utilização do SI - Satisfação com os recursos disponíveis - Satisfação como utilizador do SI - Satisfação com o próprio SI - Apreciação global 	Frequências, Análise factorial Exploratória/ Componentes Principais, Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> e Mann- Whitney
Hipótese Principal	A introdução dos sistemas de informação ao nível hospitalar contribui, de forma significativa, para a obtenção de uma maior eficácia e eficiência organizacional.	Análise factorial/Componentes Principais Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> e Mann-Whitney

Procurou-se que a apresentação dos resultados constantes do relatório se centrassem na sua importância teórica, relevância para a gestão e, não apenas, na apresentação de resultados estatísticos.

³⁰ Formuladas no ponto 3.1.3 do capítulo III.

³¹ A listagem detalhada das variáveis de cada componente em estudo encontra-se no anexo C.

³² Desenvolvida no ponto 3.2 do capítulo III.

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

Toda a organização é o produto da forma como os seus membros pensam e agem. Mude a forma como as pessoas pensam e interagem e poderá mudar o mundo.

Nogueira (2004: 147) citando Senge (1995)

Com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados obtidos, estruturamos este capítulo em três sub-capítulos: Caracterização Geral da Amostra; Identificação de outros factores de satisfação com o SI hospitalar utilizado pelos profissionais do CHVR-PR e Avaliação global dos SI em termos de satisfação profissional por género e classe profissional

Assim, numa primeira fase estarão em análise todas as questões do questionário, de forma descritiva.

No Quadro 4.2 apresentamos resumidamente, os principais detalhes metodológicos da informação.

Quadro 4.2 – Síntese dos aspectos metodológicos utilizados

Universo em estudo	O Universo é constituído pelos 717 profissionais do CHVR-PR (médicos, enfermeiros, administrativos).
Unidade da amostra	Todos os profissionais do CHVR-PR. com experiência de trabalho antes e após a implementação do SI hospitalar.
Desenho da amostra	Amostragem aleatória simples – Enfermeiros e Administrativos; Médicos - amostragem por conveniência.
Tamanho da amostra	190 Questionários (= 26% da população)
Nível de confiança	Grau de confiança de 95%.
Erro amostral	O erro máximo da amostra é de 6,1%
Instrumento de Medida	Quantitativo
Técnica e método de Recolha da Informação	Não documental (Observação indirecta - administração de um questionário) O questionário foi administrado a 190 profissionais do CHVR-PR, sendo que 100 profissionais não responderam ao mesmo. Foram obtidos 90 questionários válidos
Taxa de Resposta	A taxa de resposta foi superior a 47%
Trabalho de Campo	A recolha de informação decorreu entre os meses de Maio/Junho e Outubro/Novembro de 2006.
Tratamento e Apresentação de Resultados	Foram efectuados diversos testes e análises estatísticas: Análise Factorial de Componentes Principais (teste de validade); Alpha de Cronbach (teste de fiabilidade); Teste não paramétrico de aderência à normal Kolmogorov-Smirnov (K-S), com a correcção de Lilliefors; Teste de Levene; Testes à diferença entre Valores Esperados de duas Populações (Amostras Independentes); Análise de variância a um factor (One-Way ANOVA); Teste não paramétrico de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis.
Controlo de Qualidade	Em relação ao desenho do questionário, foi verificado o correcto ajustamento entre os objectivos do projecto e o questionário, bem como identificadas as perguntas que respondiam a cada um dos objectivos. Foi igualmente feita uma revisão da consistência entre as perguntas e as categorias de resposta, da sequência lógica das respostas e dos filtros. O questionário foi objecto de um pré-teste ³³ afim de se confirmar a sua operacionalidade e efectividade práticas.
Análise de dados	SPSS 14.0

³³ A realização do pré-teste permitiu avaliar a atitude dos inquiridos perante o questionário, a compreensão das perguntas, a coerência do questionário e a consistência das respostas. Procurou-se que a amostra a utilizar no estudo piloto fosse similar em características à população prevista para o inquérito.

4.1.1 – Caracterização sócio-profissional dos profissionais de saúde utilizadores de um SI

4.1.1.1 – Dados pessoais

A partir dos resultados obtidos com os questionários aplicados aos profissionais de saúde utilizadores de um SI hospitalar, podemos concluir que nesta análise a maioria dos profissionais são do Género feminino 57,3%. Sendo que, pela análise da Figura 4.2, os respondentes pertencentes à classe médica que representam 33,3% do total de inquiridos, são maioritariamente do género masculino com uma percentagem de 66,7%. O mesmo não se verifica para os 33,3% dos indivíduos da classe de enfermagem, cuja percentagem de indivíduos do Género masculino é de 36,7%, seguindo-se os restantes 33,3% dos administrativos com uma percentagem de 24,1% no género masculino. Assim, conclui-se que na classe profissional dos administrativos predominam os profissionais do género feminino 75,9%. Onde é menor essa percentagem é na classe médica com apenas 33,3%.

a. Género

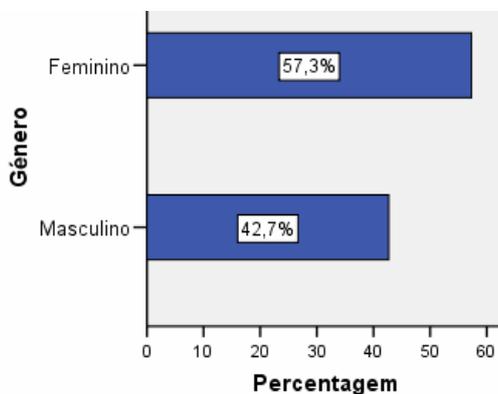


Figura 4.1 – Distribuição do total dos inquiridos de acordo com o género (%)

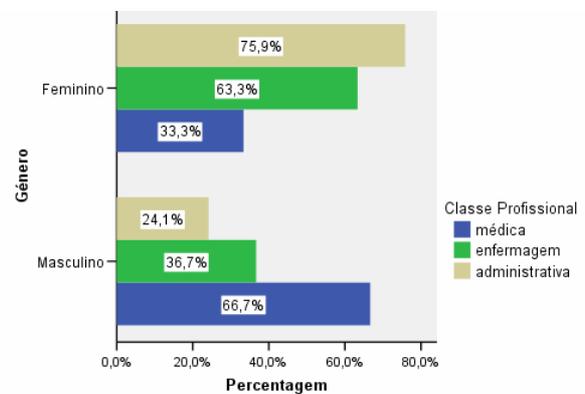


Figura 4.2 – Distribuição do total dos inquiridos de acordo com o género por classe profissional (%)

b. Idade

Para mais facilmente estudarmos a idade dos indivíduos, dividimos os dados em duas categorias e verificamos que a maioria dos inquiridos se situa na categoria dos “41 aos 60 anos” com a percentagem de 66,7%, registando-se uma média de idades de 43 anos. A idade dos inquiridos varia assim, de um mínimo de 22 anos até um máximo de 60 anos. Nesta categoria, a grande maioria dos inquiridos é do género masculino e corresponde a 76,3%.

Dos inquiridos pertencentes à categoria dos “21 aos 40 anos”, o destaque vai para as senhoras com 41,2% de respondentes.

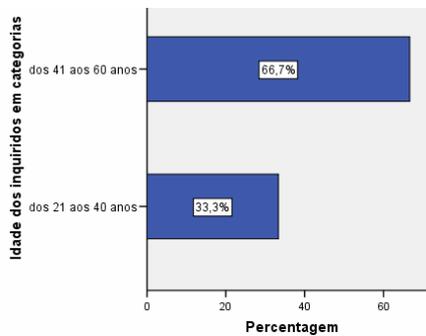


Figura 4.3 – Distribuição dos inquiridos por grupos etários

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvio Padrão
Idade	90	22	60	43,40	8,128
Validade N	90				

Figura 4.4 – Distribuição dos inquiridos por idade mínima e máxima

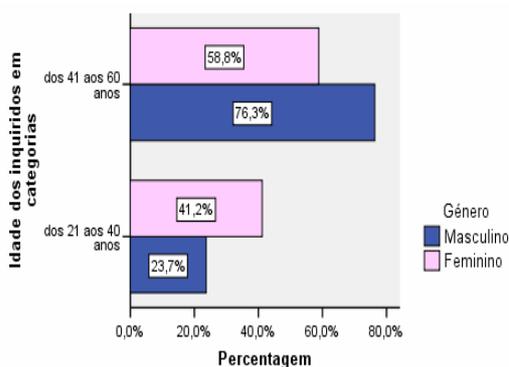


Figura 4.5 – Distribuição dos inquiridos por grupos etários segundo o género (%)

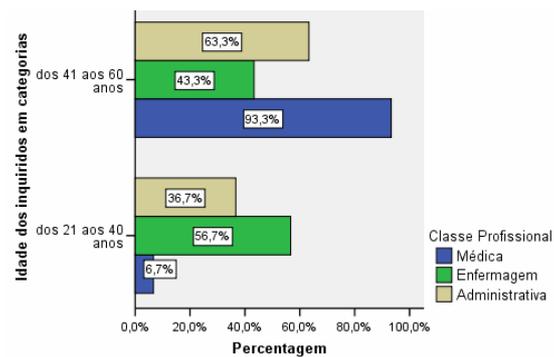


Figura 4.6 – Distribuição dos inquiridos por grupos etários segundo a classe profissional (%)

Podemos afirmar que a classe médica é a classe com um escalão etário mais alto, já que a quase totalidade dos médicos respondentes, 93,3%, têm mais de 41 anos, logo seguido dos administrativos com 63,3% e por último dos enfermeiros com 43,3%. Os enfermeiros, representam a classe profissional mais nova, onde 56,7% dos profissionais têm entre 21 e 41 anos.

c. Estado civil

Através da análise das Figuras 4.7, 4.8 e 4.9 constatamos que do total de respondentes 80% são casados, 11,1% são solteiros, 4,4% são divorciados, 3,3% vivem em

união de facto e 1,1% são viúvos. Atendendo aos três estados civis mais referenciados, 84,2% admitiram ser casados e são do género masculino, enquanto que 78,4% são do género feminino. Também em relação aos solteiros, o nº de respondentes do género masculino 13,2%, é superior ao nº de respondentes do género feminino com uma percentagem de 7,8%. Todos os divorciados inquiridos, são do género feminino.

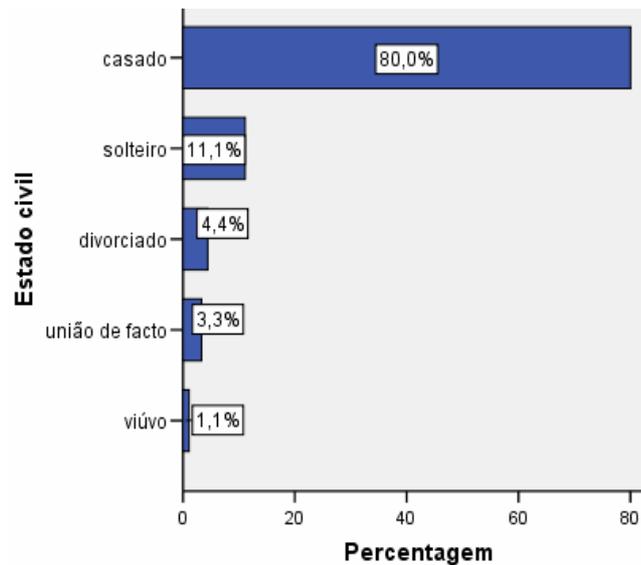


Figura 4.7 – Estado civil dos inquiridos (%)

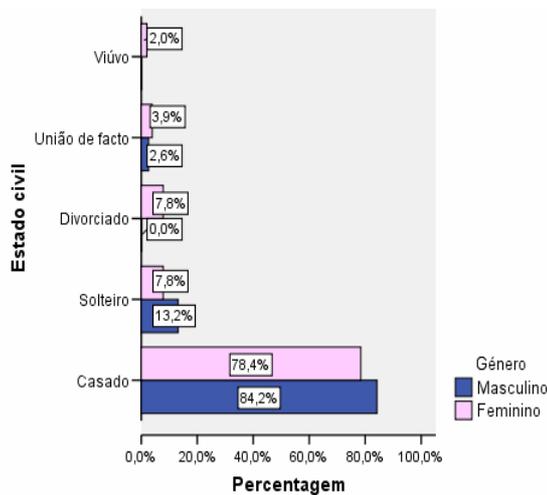


Figura 4.8 – Estado civil dos inquiridos por segundo o género (%)

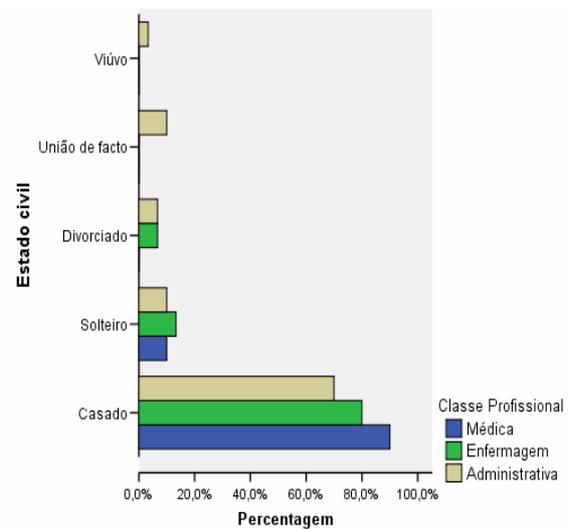


Figura 4.9 – Estado civil dos inquiridos segundo a classe profissional (%)

Quando pensamos no estado civil por classe profissional, verifica-se que 90% dos médicos, 80% dos enfermeiros e 70% dos administrativos são casados. A classe onde os solteiros se encontram em maior número diz respeito aos enfermeiros com uma percentagem de 13,3%, talvez devido ao facto de também serem os profissionais inquiridos mais novos. Os únicos profissionais que afirmam viver em união de facto, com uma percentagem de 10%, correspondem aos administrativos.

4.1.1.2 – Formação base

No que diz respeito ao perfil dos inquiridos em termos de habilitações literárias, (Figura 4.10), o conjunto com maior expressão corresponde aos profissionais que possuem como habilitações uma licenciatura, perfazendo 63,3%. Somando a este grupo todos aqueles que declararam ter um mestrado, verifica-se que a proporção de inquiridos com nível de instrução superior, é de 66,6%. No pólo oposto, isto é, em termos de níveis de habilitações menos elevadas, cujo nível de habilitações não vai além do 2º ciclo do Ensino Básico é de 4,4%.

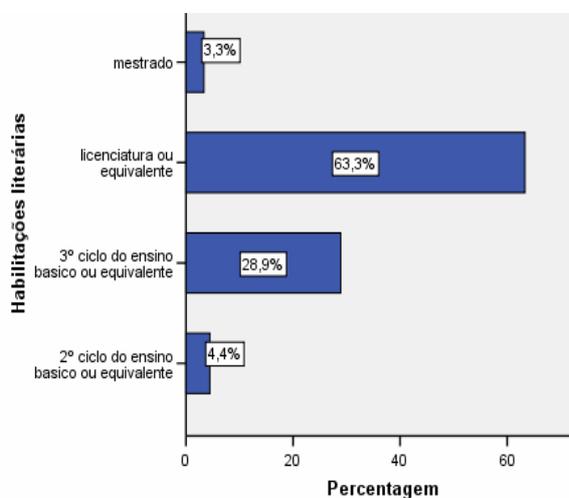


Figura 4.10 – Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias (%)

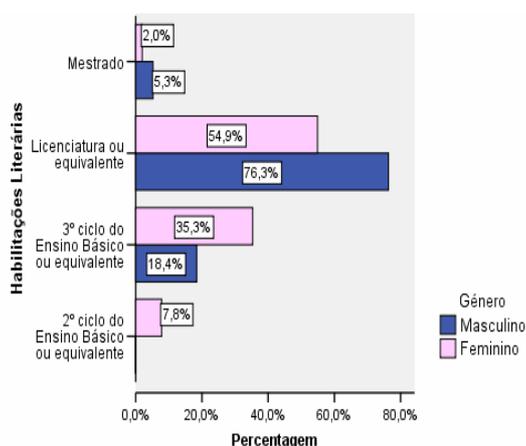


Figura 4.11 – Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias, segundo o género (%)

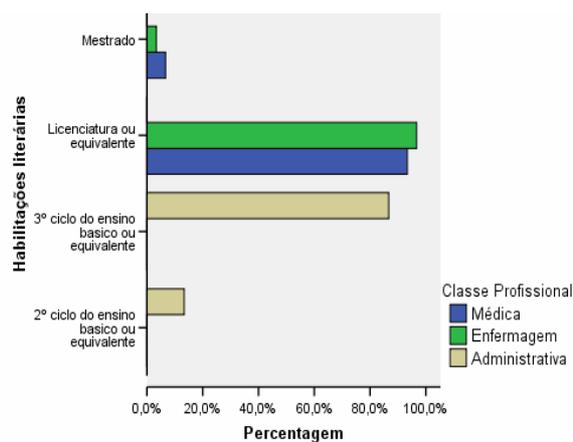


Figura 4.12 – Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias, segundo a classe profissional (%)

O nº de profissionais do género masculino que possui uma licenciatura corresponde a 76,3% e é superior aos do género feminino com 54,9% de respondentes. Os administrativos são na sua grande maioria, 86,7%, detentores de menores habilitações que não vão além do 3º ciclo do ensino básico ou equivalente legal. Neste escalão, a maioria dos respondentes é do género feminino com 35,3% contra 18,4% dos respondentes do género masculino. No escalão correspondente ao nível de instrução mais baixo, onde as habilitações dos inquiridos se situam no 2º ciclo, é evidente o destaque dos respondentes do género feminino onde se encontram 7,8%. Todos os médicos e enfermeiros são licenciados, sendo que 6,7% dos médicos e 3,3% dos enfermeiros possuem também um mestrado.

4.1.1.3 – Dados da instituição

a. Classe profissional

De acordo com o exposto anteriormente, relativamente à distribuição dos inquiridos pela classe profissional, verifica-se que 33,3% pertence à classe dos médicos, existindo igual percentagem no que diz respeito à classe dos enfermeiros e à dos administrativos.

b. Categoria profissional

Analisando a Figura 4.13, observa-se que a categoria de Assistente Hospitalar, 70,0% e Chefe de Serviço, 26,7%, são as duas categorias profissionais mais referidas pelos médicos inquiridos.

Para as categorias de Assistente hospitalar facilmente se observa que maioritariamente, 80%, os inquiridos são do género feminino. Na categoria de chefe de serviço, os respondentes são em maior número do género masculino, representados por 30% dos respondentes. Os assistentes graduados são apenas do género masculino, 5%.

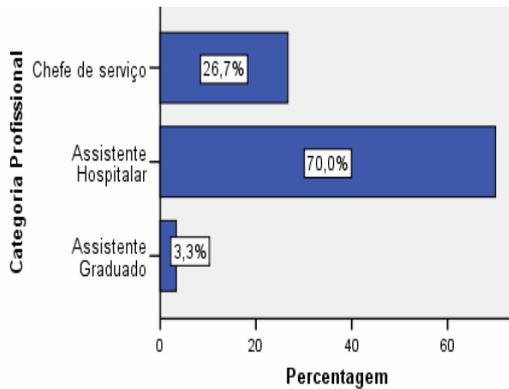


Figura 4.13 – Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos médicos por categoria profissional (%)

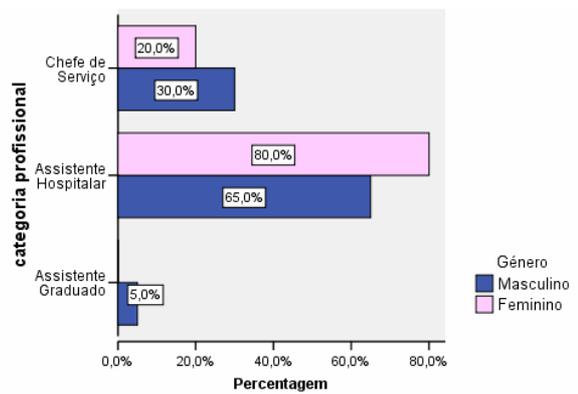


Figura 4.14 – Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos médicos por género (%)

A categoria dos enfermeiros com maior expressão, diz respeito à categoria profissional dos enfermeiros graduados, com a percentagem de 83,3%, que são na sua maioria do género feminino. Há medida que se sobe na hierarquia de enfermagem, maior é a percentagem de respondentes do género masculino. Assim, na categoria de enfermeiro especialista temos 18,2% de respondentes do género masculino para 5,3% do género feminino. Na categoria de enfermeiro chefe só existem profissionais do género masculino com uma percentagem de 9,1%.

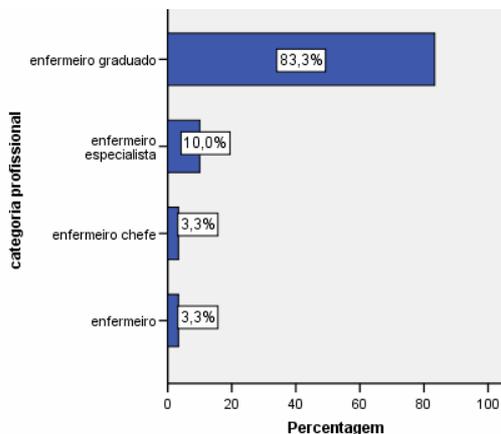


Figura 4.15 – Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos enfermeiros por categoria profissional (%)

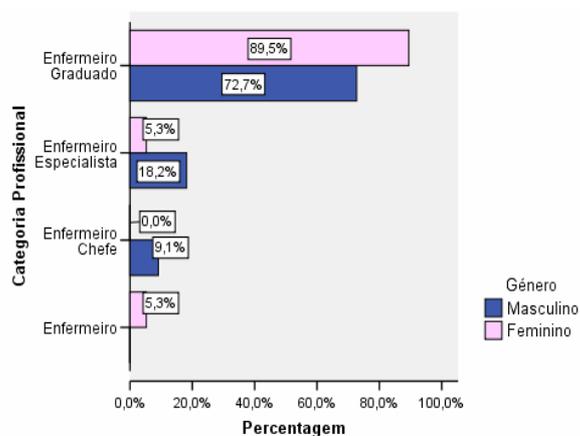


Figura 4.16 – Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe dos enfermeiros por categoria profissional, segundo o género (%)

Em relação aos administrativos, as categorias profissionais com maior relevo são as representadas por 43,3% de assistentes administrativos principais onde os indivíduos do género masculino são em número ligeiramente superior, 42,9% ao do género feminino com 40,9%, seguida de 30% de assistentes administrativos onde o número de inquiridos do género feminino 31,8%, é ligeiramente superior ao dos inquiridos do género masculino 28,6%. Por último a categoria mais referenciada diz respeito a 20% de assistentes administrativos especialistas, que são representados por um número superior de indivíduos do género masculino com uma percentagem de 28,6% de respondentes.

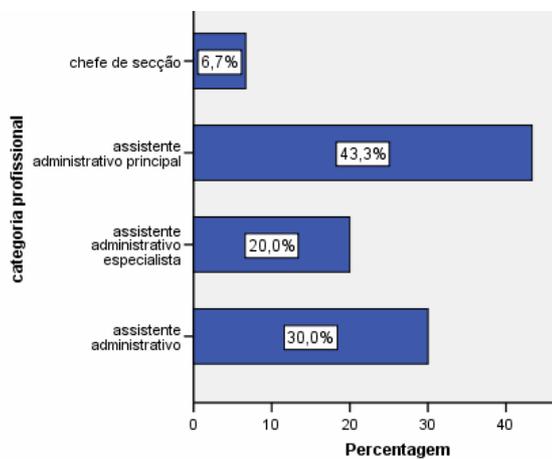


Figura 4.17 – Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe administrativa por categoria profissional (%)

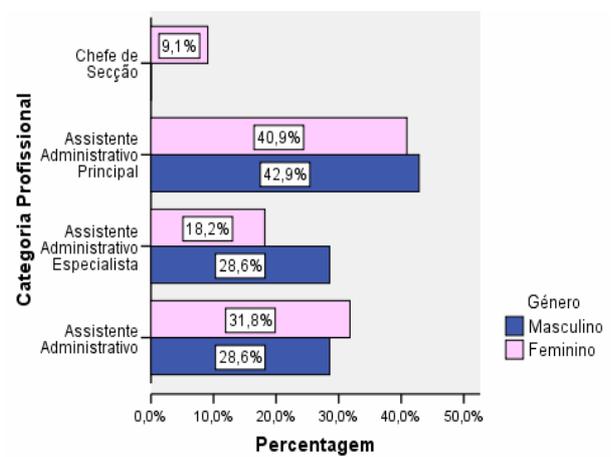


Figura 4.18 – Distribuição dos inquiridos pertencentes à classe administrativa por categoria profissional, segundo o género (%)

c. Vínculo à instituição

Tornou-se importante conhecer a actual situação profissional dos inquiridos, em termos de vínculo à instituição. Assim, na análise das figuras seguintes, verificamos que maioritariamente os profissionais pertencem ao Quadro com nomeação por tempo indeterminado, representando 87,6% da amostra, seguido de 11,2% de profissionais com contrato com a instituição. Do total de inquiridos pertencentes ao Quadro com nomeação por tempo indeterminado, observa-se que a percentagem de respondentes do género masculino, 89,5%, não difere muito do género feminino que apresenta uma percentagem de 86%. Em relação aos restantes inquiridos com contrato com a instituição, a percentagem do género feminino não vai além dos 16%. Para todas as classes profissionais, o vínculo com maior relevância é o de carácter definitivo. Dito de outra forma, 90,0% dos médicos, 93,3% dos

enfermeiros e 79,3% dos administrativos pertencem ao Quadro com nomeação por tempo indeterminado.

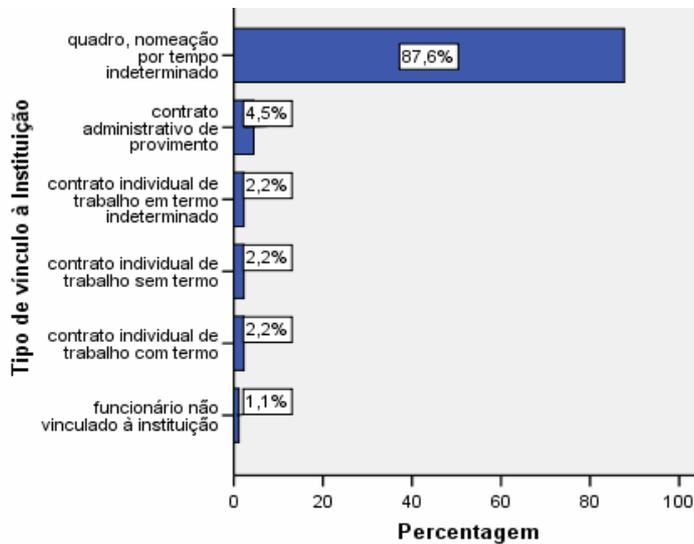


Figura 4.19 – Distribuição dos inquiridos por tipo de vínculo à instituição (%)

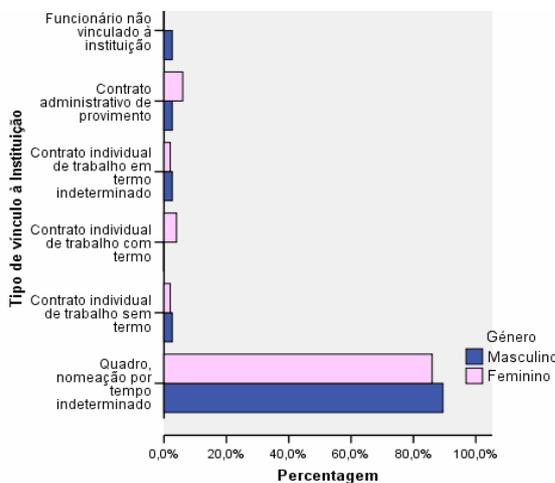


Figura 4.20 – Distribuição dos inquiridos por tipo de vínculo à instituição, segundo o género (%)

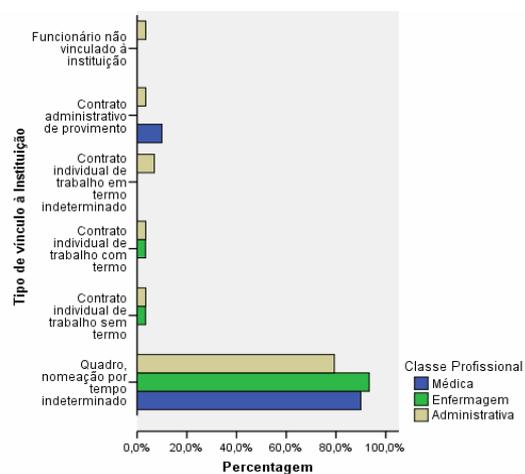


Figura 4.21 – Distribuição dos inquiridos por tipo de vínculo à instituição, por classe profissional (%)

d. Tempo no serviço

Na Figura 4.22 verifica-se que nos extremos do gráfico posicionam-se as observações mínimas e máxima. Assim o tempo no serviço para a totalidade dos inquiridos, varia entre 5 e 14 anos que são respectivamente as bases inferior e superior do rectângulo,

descrevendo portanto as observações centrais, que correspondem a 50% das observações totais. A mediana representada pela linha grossa dentro da caixa, corresponde a 10 anos. Um dos bigodes, prolonga-se para baixo do 1º Quartil até à observação mínima não *outlier* (2 meses) e o outro bigode prolonga-se para cima do 3º Quartil até à observação máxima não *outlier* (24 anos). A caixa de bigodes mostra que existem dois casos *outliers* moderados relativos a dois administrativos, um que afirma trabalhar no serviço há 28 anos e outro há 32 anos.

Assim, na tentativa de facilitar a leitura dos dados agrupou-se o tempo no serviço em vários escalões, resultando daí que da totalidade dos inquiridos, mais de metade, 52,2% afirmam trabalhar no serviço há mais de 8 anos e 47,8% há 8 anos ou menos, registando-se um tempo médio de permanência nos serviços de 9 anos e 10 meses.

Com mais de 8 anos de serviço encontram-se 57,9% dos profissionais do género masculino que representam uma percentagem superior à dos profissionais do género feminino com 47% de respondentes. Contudo, é possível verificar na Figura 4.23 que de todos os profissionais, são os do género masculino quem trabalha há mais tempo (10,9 anos) para 9,3 anos nos profissionais do género feminino.

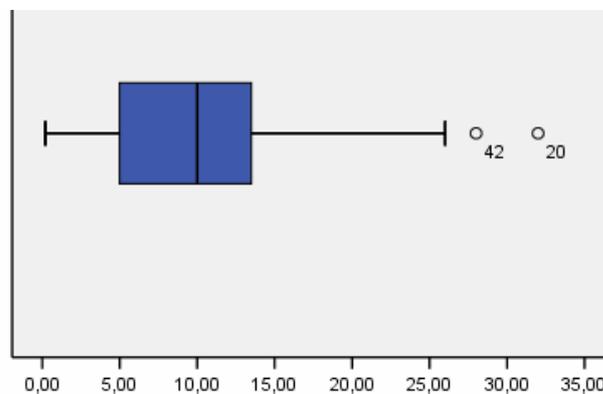


Figura 4.22 – Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço

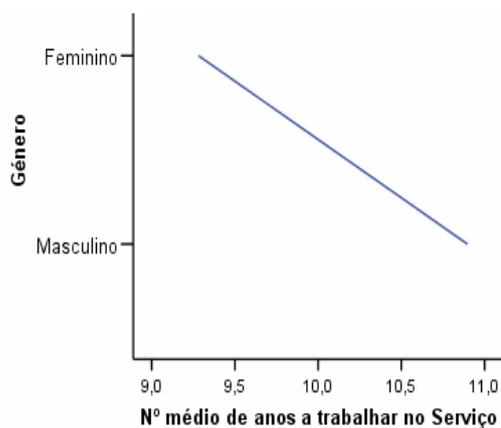


Figura 4.23 – Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço segundo o género

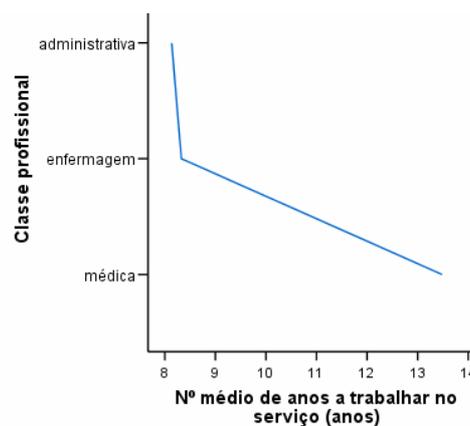


Figura 4.24 – Distribuição dos inquiridos por tempo no serviço segundo a classe profissional

Os médicos, são aqueles que na sua maioria, 56,7%, trabalha há mais de 8 anos mas há menos de 16 anos. Somando a este valor, todos aqueles que afirmam trabalhar há mais de 16 anos, que representam 20% e até os que trabalham há mais de 24 anos, que são 3,3%, obtém-se uma percentagem de 83% de profissionais com um tempo de serviço superior a 8 anos ou mais. Daqui resulta um tempo médio de anos no serviço para a classe médica de 13,5 anos. Os enfermeiros e os administrativos são, regra geral, profissionais com menos tempo de serviço, uma vez que 60% dos enfermeiros e 63,3% dos administrativos, trabalha há 8 anos ou menos. Para cada uma destas classes profissionais, o tempo médio de permanência no serviço, respectivamente é de 8,3 anos e 8,1 anos.

e. Tempo de trabalho no hospital

Observando a Figura 4.25 percebemos que o tempo de trabalho no hospital varia entre 10 anos e 18 anos. A mediana corresponde a 14 anos, resultando um tempo médio de anos no hospital de 15,2 anos para todos os profissionais. A grande maioria dos profissionais de saúde, 74,5%, trabalha no hospital há mais de 10 anos. A média de anos no hospital tanto para os profissionais do género masculino como do género feminino não varia muito, separando-os apenas cerca de 5 meses. Para 73,6 % dos médicos, 66,6% dos enfermeiros e 80% dos administrativos, o tempo de trabalho no hospital situa-se num patamar acima dos 10 anos. Para os médicos o tempo médio no hospital corresponde a 14,5 anos, para os enfermeiros a 13,3 anos e para os administrativos corresponde a 17,8 anos.

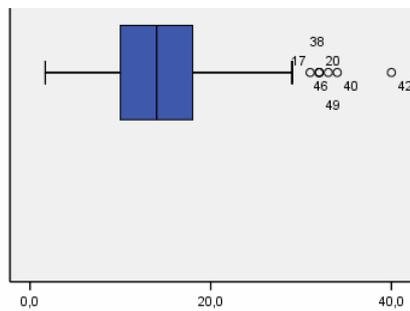


Figura 4.25 – Distribuição dos inquiridos por tempo no hospital

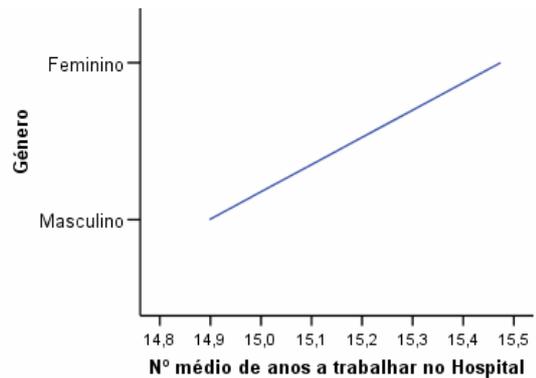


Figura 4.26 – Distribuição dos inquiridos por tempo no hospital segundo género

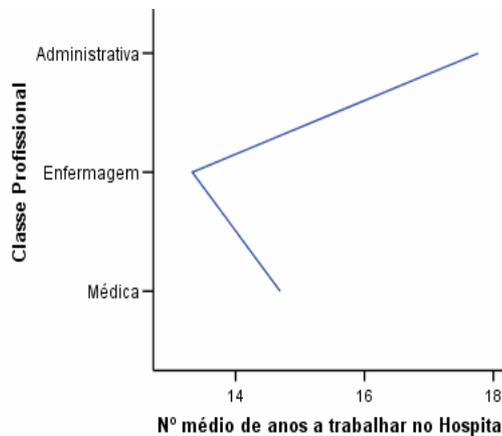


Figura 4.27 – Distribuição dos inquiridos por tempo no hospital segundo a classe profissional

f. Tempo total de serviço

A caixa de bigodes mostra que o tempo total de serviço varia entre 1 e 44 anos. Existe um caso *outlier* moderado relativo a um administrativo que afirma estar a trabalhar há 44 anos.

81,4% dos inquiridos apresenta como tempo total de serviço mais de 12 anos. Destes, 23,9% trabalham há mais de 23 anos e apenas, 3,4% trabalham há mais de 34 anos. Os indivíduos do género masculino trabalham em média há mais três anos que os do género feminino. A média do tempo total de serviço para os inquiridos situa-se nos 19 anos, sendo que os médicos apresentam como tempo total de serviço 23 anos, os enfermeiros 16 anos e os administrativos 19 anos.

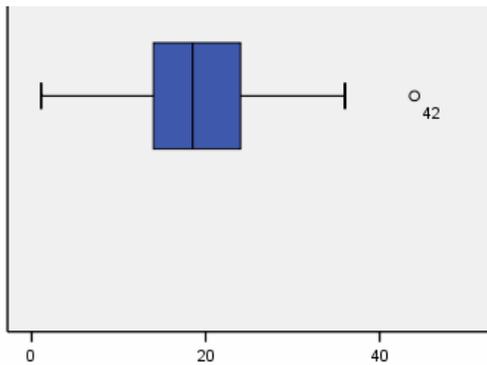


Figura 4.28 – Caixa de bigodes do tempo total de serviço

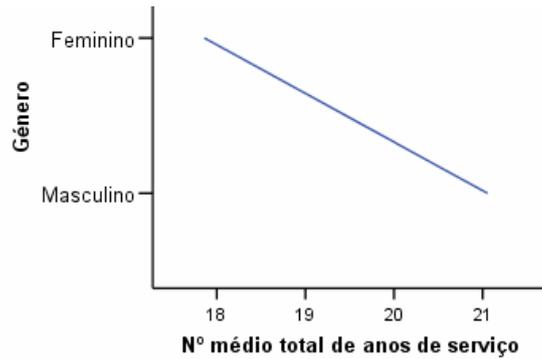


Figura 4.29 – Distribuição dos inquiridos por tempo total de serviço no hospital segundo o género

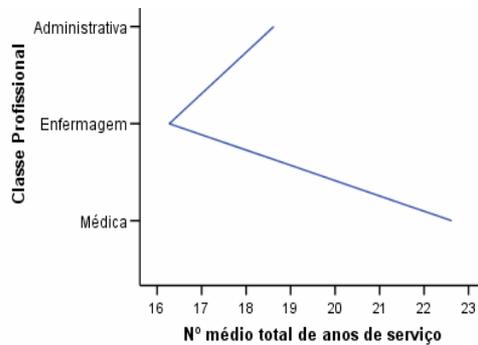


Figura 4.30 – Distribuição dos inquiridos por tempo total de serviço no hospital segundo a classe profissional

Em jeito de síntese das variáveis tempo no serviço, tempo no hospital e tempo total de serviço, obtém-se consultando o Quadro 4.3, que os médicos trabalham em média há mais 5,2 anos que os enfermeiros e mais 5,3 anos que os administrativos.

Verificamos ainda que os médicos trabalham, em média, há mais anos no serviço e são os que apresentam um número médio total de anos de serviço mais elevado. De realçar o facto de os administrativos serem os que trabalham, em média, há mais anos no Hospital.

Quadro 4.3 – Número médio de anos no serviço, a trabalhar no hospital, média total de anos de serviço

Classe Profissional	Número médio de anos a trabalhar no Serviço	Número médio de anos a trabalhar no Hospital	Número total médio de anos de Serviço
Médica	13,5	14,7	23
Enfermagem	8,3	13,3	16
Administrativa	8,1	17,8	19

g. Acumulação de funções

Quanto ao facto dos profissionais de saúde acumularem ou não funções fora da instituição hospitalar, verificou-se através da análise da Figura 4.31, que 83,9%, não acumula funções fora da instituição. De todos os inquiridos, aqueles que não acumulam funções fora do CHVR-PR são na sua grande maioria, 92% do género feminino. A maior parte dos indivíduos que acumulam funções fora do CHVR-PR, são do género masculino 27,8%. O não acumular funções fora da instituição varia, assim, entre um máximo de 96,7% para os administrativos e um mínimo de 64,3% para os médicos, sendo que 89,7% dos enfermeiros também não acumula funções fora do CHVR-PR. O acumular funções fora do hospital é mais frequente entre os médicos, com uma percentagem de 35,7%, para 10,3% de enfermeiros e apenas 3,3% de administrativos (Figura 4.33).

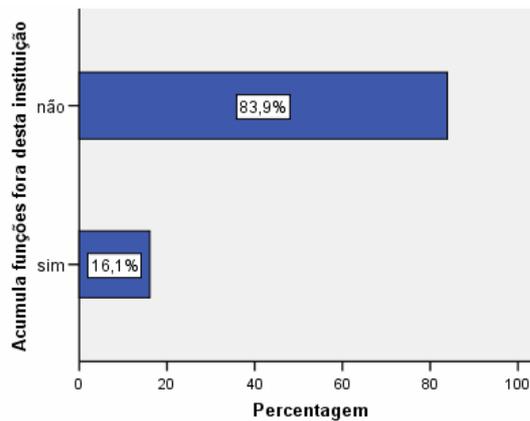


Figura 4.31 – Distribuição dos inquiridos que acumulam funções fora da instituição (%)

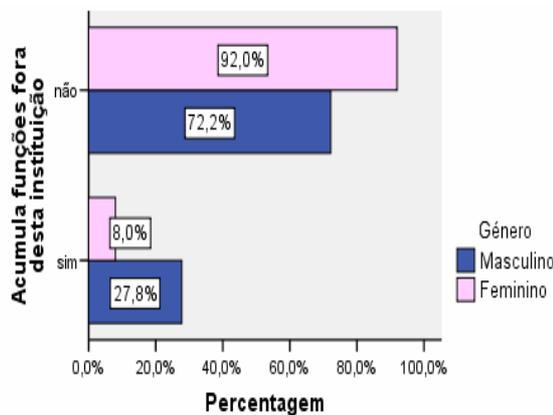


Figura 4.32 – Distribuição dos inquiridos que acumulam funções fora da instituição, por género (%)

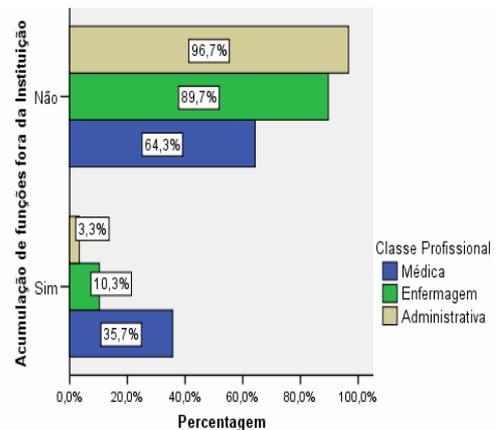


Figura 4.33 – Distribuição dos inquiridos que acumulam funções fora da instituição, por classe profissional (%)

Seguidamente apresentamos de forma sumária, e de âmbito geral, na figura que se segue, os resultados mais significativos da caracterização sócio-profissional dos inquiridos.

Quadro 4.4 – Resumo dos pontos – chave da caracterização sócio-profissional

Género	Feminino (Maioritariamente)
Grupo etário	41 aos 60 anos (Maioritariamente)
Estado civil	Casados (Maioritariamente)
Grau de ensino	Licenciatura (Maioritariamente)
Classe Profissional	Médicos (Assistente Hospitalar), Enfermeiros (Graduado), Administrativos (Assistente administrativo principal)
Vínculo à Instituição	Quadro, nomeação por tempo indeterminado (Maioritariamente)
Tempo no serviço	10 Anos (em média)
Anos de trabalho no hospital	15 anos (em média)
Anos de serviço	19 anos (em média)
Acumular de Funções fora da Instituição	Não (Maioritariamente)

4.1.2 – Satisfação profissional com os recursos disponíveis

Diz respeito às questões do grupo IV do questionário. Neste ponto utilizamos uma escala para avaliar o grau de satisfação profissional dos inquiridos em termos de Recursos materiais, Recursos humanos, Formação literária e Formação profissional. É uma escala ordinal que assume valores de “Nulo”, “Pouco”, “Médio”, “Elevado” e “Muito Elevado”. Com o intuito de facilitar a leitura dos dados obtidos, optamos por agrupar as respostas dadas em apenas duas categorias, nomeadamente: maioritariamente satisfeitos (diz respeito às respostas de “médio, elevado e muito elevado”) e maioritariamente insatisfeitos (diz respeito às respostas de nulo e pouco).

Assim, na tentativa de analisar se existem diferenças relativamente ao género e classe profissional em relação a cada uma das questões que compõem a escala de satisfação global dos profissionais de saúde, relativamente aos recursos que têm disponíveis para a realização das suas tarefas diárias, optamos por elaborar vários quadros representativos das respostas dos inquiridos.

Quadro 4.5 – Grau de satisfação com a utilização dos recursos materiais

Como define o seu grau de satisfação quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções?	Total do Inquiridos	Género ³⁴		Classe Profissional ³⁵		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Satisfeitos	86,7%	86,8%	88,2%	73,4%	100%	83,4%
Maioritariamente Insatisfeitos	13,3%	13,2%	11,8%	26,7%	0,0%	13,4%

Verifica-se que quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções, os profissionais de saúde na sua grande maioria, 86,7% revelam-se realmente satisfeitos, e isto sendo válido quer os profissionais do género feminino 88,2%, quer para o género masculino 86,8%. Se observarmos os dados em termos de classes profissionais, rapidamente se percebe, que os enfermeiros, são a classe profissional mais satisfeita.

Quadro 4.6 – Grau de satisfação com a utilização dos recursos humanos

Como define o seu grau de satisfação quanto aos recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções?	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Satisfeitos	78,9%	84,2%	76,5%	70%	86,7%	80%
Maioritariamente Insatisfeitos	21,1%	15,8%	23,5%	30%	13,3%	20%

Em relação aos recursos humanos, os profissionais de saúde também revelam uma grande satisfação, já que 78,9% são dessa opinião. Nesta dimensão, são os indivíduos do género masculino 84,2%, que se encontram mais satisfeitos. Apesar da manifesta satisfação dos inquiridos do género feminino 76,5%, existe ainda, uma percentagem de 23,5% de profissionais que se mostram insatisfeitos com os recursos humanos que estão disponíveis para realizar as suas funções. Os enfermeiros são os profissionais que uma vez mais evidenciam maior satisfação.

³⁴ Género: Masculino e Feminino.

³⁵ Classe profissional: Médica, Enfermagem e Administrativa.

Quadro 4.7 – Grau de satisfação com a formação literária

Como define o seu grau de satisfação quanto à formação literária para a realização das suas funções?	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Satisfeitos	98,9%	100%	98%	100%	100%	96,7%
Maioritariamente Insatisfeitos	1,1%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	3,3%

Os profissionais de saúde, quase na sua totalidade, revelam-se extremamente satisfeitos com as habilitações literárias que possuem, para a realização das suas funções, sendo que entre os profissionais do género feminino e masculino, a opinião não parece diferir. Todas as classes profissionais, de forma quase unânime, encontram-se satisfeitas com a formação literária que possuem para desenvolver as suas funções profissionais diariamente.

Quadro 4.8 – Grau de satisfação com a formação profissional

Como define o seu grau de satisfação quanto à formação profissional para a realização das suas funções?	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Satisfeitos	96,6 %	97,4%	96,1%	100%	100%	90%
Maioritariamente Insatisfeitos	3,4 %	2,6%	3,9%	0,0%	0,0%	10%

No mesmo sentido, se observa que para quase todos os profissionais de saúde, a formação profissional que vão realizando no CHVR-PR é muito adequada, dado que 96,6% dos profissionais revela-se extremamente satisfeito. Aqui, mais uma vez se verifica que tanto os inquiridos do género feminino como do género masculino estão satisfeitos. O mesmo se confirma para os 100% dos médicos, 100% dos enfermeiros e 90% dos administrativos.

Sintetizando os dados obtidos e através da análise às questões grupo IV do questionário, observa-se que, de uma forma geral, os resultados demonstram que os profissionais de saúde, encontram-se satisfeitos naquilo que diz respeito aos recursos disponíveis para o desempenho das actividades diárias (Quadro 4.9). Assim, relativamente aos seus papéis enquanto profissionais do CHVR-PR, os inquiridos revelam estar, sobretudo muito satisfeitos quanto à formação literária com 63,3% e formação profissional com 52,2%. Apesar da grande maioria dos profissionais de saúde referir encontrar-se satisfeito com os recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções, é este o ponto crucial em

termos de menor satisfação, onde se reúnem 21,1% dos respondentes (17,8% pouco satisfeitos e 3,3% nada satisfeitos).

Quadro 4.9 – Distribuição da satisfação dos inquiridos em relação aos recursos disponíveis

	Nulo		Pouco		Médio		Elevado		Muito Elevado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recursos materiais	2	2,2	10	11,1	39	43,4	37	41,1	2	2,2
Recursos humanos	3	3,3	16	17,8	43	47,8	27	30,0	1	1,1
Formação literária	0	0,0	1	1,1	32	35,6	53	58,9	4	4,4
Formação profissional	2	2,2	1	1,1	40	44,4	45	50,0	2	2,2

4.1.3 – Satisfação profissional com o sistema de informação hospitalar

Neste ponto estarão em análise as questões do grupo V do questionário, onde faremos uma breve descrição do papel de profissional de saúde como utilizador de um SI e ainda analisaremos o sistema de informação tendo em conta os seus aspectos gerais que traduzem um melhor grau em termos de satisfação. Serão usadas várias escalas de avaliação que oportunamente serão descritas.

Antes de prosseguirmos para as escalas, começamos por analisar os utilizadores do SI em termos de conhecimentos de informática e formação sobre aplicações informáticas.

4.1.3.1 - Sistemas de informação

Todos os inquiridos respondem afirmativamente quando são confrontados com a questão relativa ao facto de utilizarem, na sua instituição, SI no dia a dia de trabalho, uma vez que podemos observar na Figura 4.34, que 33,3% dos profissionais inquiridos referem utilizar o SONHO, 33,3% o SAM e 33,3% utilizam o SAPE. A maioria dos utilizadores de um SI no campo da medicina são os médicos do género masculino com 52,6% de respondentes, logo seguido dos administrativos do género feminino com 43,1% e dos enfermeiros do género feminino com 37,3% de respondentes.

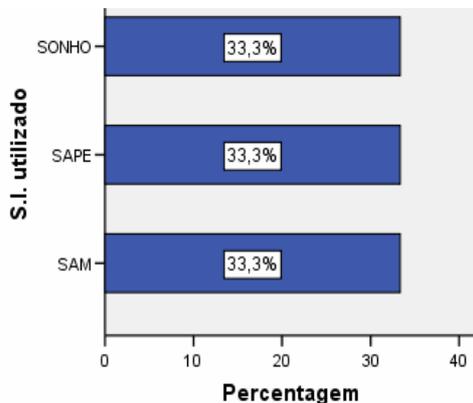


Figura 4.34 – Sistemas de informação utilizados pelos inquiridos, por classe profissional (%)

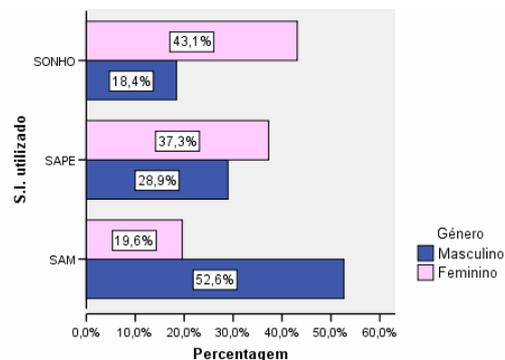
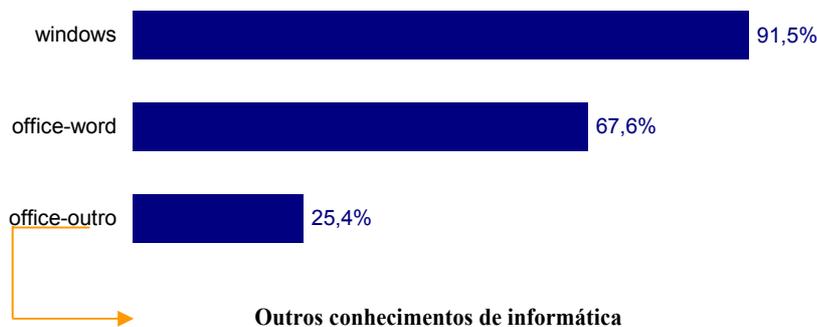


Figura 4.35 – Sistemas de informação utilizados pelos inquiridos, por género (%)

Quando o SI hospitalar foi introduzido no local de trabalho, a larga maioria de profissionais de saúde 77,8%, já possuía conhecimentos de informática de nível básico. Nesse sentido, as figuras seguintes ilustram os conhecimentos informáticos³⁶ que os inquiridos afirmam possuir, onde o sistema operativo Windows foi o mais referido com 91,5%, logo seguido do Office-Word com 67,6%. Uma percentagem relativa, 25,4% de respondentes, consideram ter outros conhecimentos do sistema Office dentre os quais se destacam o Microsoft Excel com 56,0% e o PowerPoint com 20,0%.



Outros conhecimentos	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa Simples (%)
Microsoft Excel	14	56,0
Microsoft Access	1	4,0
Microsoft PowerPoint	5	20,0
MS-DOS	1	4,0
CorelDRAW	1	4,0
Internet Explorer	1	4,0
PHP	1	4,0
SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)	1	4,0
Total	25	100,0

Figura 4.36 – Conhecimentos informáticos dos inquiridos (%)

³⁶ Conhecimentos informáticos ao nível do Office e do sistema operativo Windows.

Dos inquiridos, são os do género masculino, 81,6%, quem possui mais conhecimentos de informática. Os enfermeiros são os profissionais, que em maior percentagem, 83,3% detêm conhecimentos de informática à data de implementação do SI. Os médicos, são aqueles que em maior percentagem, 30% referem não ter esses conhecimentos quando foi implementado o SAM.

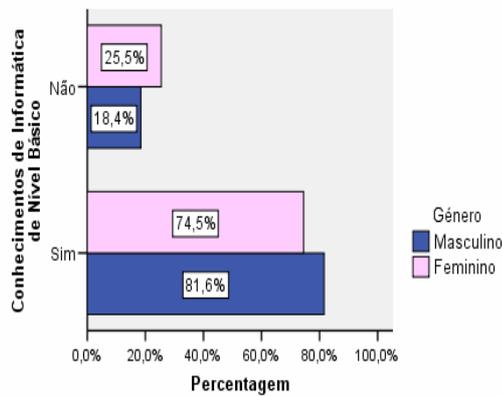


Figura 4.37 – Distribuição dos inquiridos que possuíam conhecimentos de informática de nível básico, por género (%)

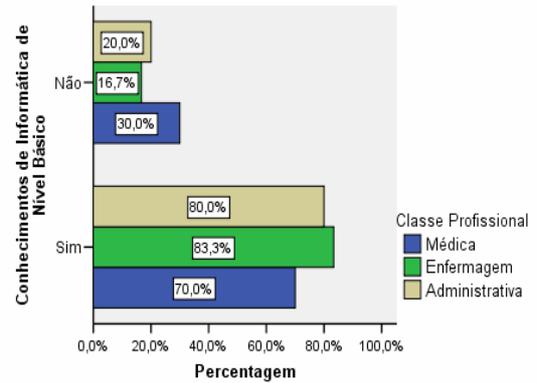


Figura 4.38 – Distribuição dos inquiridos que possuíam conhecimentos de informática de nível básico, por classe profissional (%)

O CHVR-PR proporcionou aos seus colaboradores, a possibilidade de participarem num processo de formação formal sobre o SI, com a intenção de facilitar a sua aplicação. Pela análise da Figura 4.39, rapidamente se percebe que a larga maioria dos profissionais de saúde, 75,6% participou num processo de formação formal. Os inquiridos do género feminino 78,4%, participaram em percentagem ligeiramente superior na formação do que os inquiridos do género masculino 71,1%. Os enfermeiros 90%, participaram em maior percentagem na formação efectuada logo seguido dos administrativos 83,3%. Os médicos 46,7%, são os que mostraram desde o início uma maior relutância em relação à formação, facto que se deva talvez, à idade mais avançada dos mesmos.

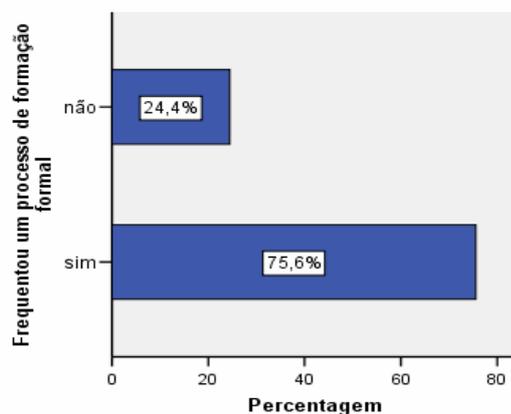


Figura 4.39 – Inquiridos que passaram por um processo de formação formal (%)

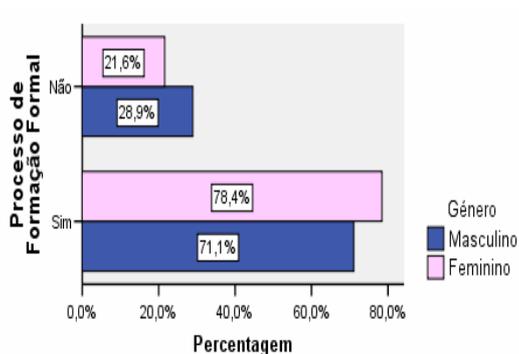


Figura 4.40 – Inquiridos que passaram por um processo de formação formal, por género (%)

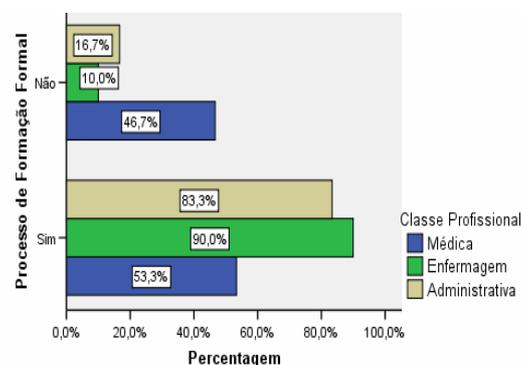


Figura 4.41 – Inquiridos que passaram por um processo de formação formal, por classe profissional (%)

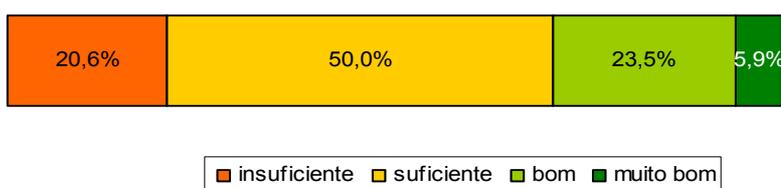


Figura 4.42 – Percepção dos inquiridos sobre o processo de formação (%)

Quem fez formação, avaliou-a de forma positiva, dado que metade dos profissionais 50% classificou-a como suficiente, 23,5% boa e 5,9% muito boa, perfazendo um total de 79,4% de respondentes. Contudo, restam ainda cerca de 21% de profissionais com opinião menos favorável, ao considerarem a formação como insuficiente (Figura 4.42). Tanto os profissionais do género feminino 80%, como os do género masculino 77,8% têm opinião semelhante no que diz respeito à formação realizada (Figura 4.43). Em relação às diferentes classes profissionais, verifica-se que a larga maioria 81,3% dos médicos consideram que esta

foi positiva. Os enfermeiros têm opinião relativamente idêntica, dado que para 40,7% a formação foi suficiente e para 33,3% foi boa e para 11,1% muito boa, perfazendo um total de 85,2%. Por último, os administrativos, são os profissionais que de um modo geral consideram que a formação deveria ter sido mais longa, uma vez que para 28% esta foi insuficiente.

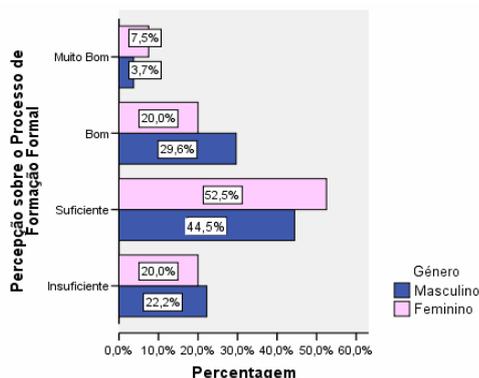


Figura 4.43 – Percepção dos inquiridos sobre o processo de formação, por género (%)

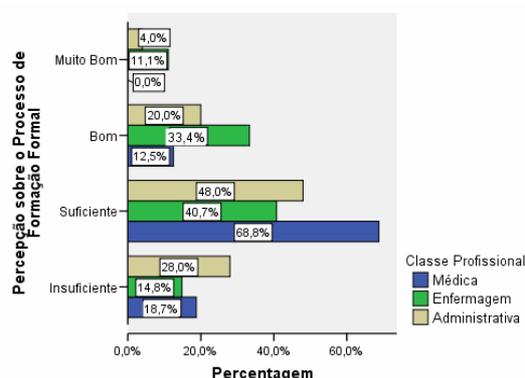


Figura 4.44 – Percepção dos inquiridos sobre o processo de formação, por classe profissional (%)

Para a larga da maioria dos profissionais de saúde, 72,1%, a formação decorreu em horário de trabalho.

Assim, em jeito de síntese, no Quadro 4.10, apresentamos os resultados mais significativos do ponto 4.1.3.

Quadro 4.10 – Resumo dos pontos – sistemas de informação

Utilizadores de um Sistema de Informação	Todos os inquiridos (SAM, 33,3%; SAPE, 33,3%; SONHO, 33,3%)
SI – utilizadores/género	(SAM, maioritariamente masculino; SAPE, maioritariamente feminino; SONHO, maioritariamente feminino)
Conhecimentos de informática	<i>Windows e Office – Word</i> (Maioritariamente)
Processo de formação formal antes da implementação do SI	A larga maioria dos profissionais fez formação, sendo as formandas em maior número a frequentar a mesma e são os enfermeiros que em média mais participaram
Avaliação da formação	Para a larga maioria dos profissionais de saúde, a formação foi avaliada positivamente, destacando-se contudo, os enfermeiros, como sendo aqueles que maior importância atribuíram à mesma.
Horário da formação	Horário de trabalho (A larga maioria fez formação)

4.1.3.2 - Utilizador do SI

Nas figuras seguintes pretendemos dar a conhecer o grau de satisfação dos médicos, enfermeiros e administrativos enquanto utilizadores do SI no seu dia a dia de trabalho. A escala utilizada para avaliar o grau de satisfação dos inquiridos compreende um total de quinze itens/afirmações, que serão objecto de análise em separado, como se poderá observar.

Com o intuito de tornar a leitura mais fácil, optamos por agrupar as respostas obtidas em duas categorias: **maioritariamente insatisfeito**, onde se colocam as respostas relativas a avaliação nulo e pouco e **maioritariamente satisfeito**, onde se colocam as respostas de avaliação média, elevada e muito elevada. Dos dados obtidos, apenas iremos referenciar aqueles em que se verifica uma maior discrepância em relação aos restantes.

Quadro 4.11 – Formação realizada sobre SI

A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	32,2%	36,9%	29,4%	60%	10%	26,7%
Maioritariamente Satisfeitos	67,8%	63,1%	70,6%	40%	90%	73,3%

Da análise do Quadro 4.11, é possível observar que os profissionais quando são confrontados com a questão: “Se a formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho no sistema que utiliza, verifica-se que para a maioria 67,8%, essa formação foi importante no sentido de permitir um maior entendimento do SI, sendo os profissionais do género feminino quem apresenta maior satisfação 70,6%. Os médicos são a classe profissional que manifesta um maior descontentamento, onde mais de metade 60% afirma mesmo que a formação realizada sobre SI em pouco ou nada contribui para o seu desempenho no sistema, contrastando com a larga maioria 73,3% dos administrativos e com a quase totalidade dos enfermeiros 90%, que consideram a formação realizada como um contributo satisfatório para o desempenho no próprio sistema.

Quadro 4.12 – Conhecimentos de informática antes da implementação dos SI

Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	21,1%	15,8%	25,5%	23,4%	13,3%	26,7%
Maioritariamente Satisfeitos	78,9%	84,2%	74,5%	76,6%	86,7%	73,3%

O facto da larga maioria dos inquiridos 78,9%, possuírem determinados conhecimentos de informática antes da implementação do SI, veio contribuir de forma positiva para o seu desempenho no próprio sistema. A confirmar o facto, encontram-se os profissionais do género masculino 84,2%, sendo estes um pouco mais optimistas que os do género feminino 74,5%. Os enfermeiros 86,7%, são a classe profissional, onde deter já algumas noções de informática, ajudou de modo mais satisfatório para que resultasse um melhor desempenho na utilização do (Quadro 4.12).

Quadro 4.13 – Estratégias de implementação dos SI

As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	22,7%	35,1%	14%	53,3%	10%	3,6%
Maioritariamente Satisfeitos	77,3%	64,9%	86%	46,7%	90%	96,4%

Também na opinião dos inquiridos 77,3%, as estratégias adoptadas pelo CHVR-PR para facilitar a implementação do SI facilitaram a sua adesão ao mesmo. De acordo com o exposto, estão os profissionais do género feminino que com uma percentagem de 86% superior aos profissionais do género masculino 64,9%. Com extremos de opinião em termos de satisfação, encontram-se os médicos, onde mais de metade 53,3% revelam estar insatisfeitos, ao contrário dos administrativos, onde a quase totalidade 96,4% considera satisfatórias às estratégias implementadas pela organização de saúde.

Quadro 4.14 – Adequação dos postos de trabalho

A adequação (localização e número) dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	18,9%	18,4%	19,6%	23,3%	13,3%	20%
Maioritariamente Satisfeitos	81,1%	81,6%	80,4%	76,7%	86,7%	80%

Segundo a opinião de 81,1% dos respondentes, contribuiu para uma maior facilidade na implementação do SI a adequação dos postos de trabalho à actividade de cada classe profissional, em termos de localização e número. A opinião dos profissionais do género feminino 80,5% e do género masculino 81,5% é, neste sentido, idêntica. De todos os inquiridos, são os enfermeiros 86,7%, que uma vez mais, revelam maior satisfação. É de realçar o facto de ainda existir uma percentagem superior a 20% de médicos e de administrativos, onde essa opinião é menos favorável, considerando mesmo que os postos de trabalho estão pouco ou nada adequados à sua actividade (Quadro 4.14).

Quadro 4.15 – Informações da base de dados do SI

As informações existentes na base de dados do SI facilitam o registo da sua actividade profissional	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	4,4%	2,6%	5,9%	6,7%	6,7%	0%
Maioritariamente Satisfeitos	95,6%	97,4%	94,1%	93,3%	93,3%	100%

Como se verifica no Quadro 4.15, praticamente todos os inquiridos 95,6%, entendem que as informações existentes na base de dados do SI facilitam o registo das suas actividades profissionais. Não há grandes discrepâncias quando os respondentes são do género masculino 97,4% ou do género feminino 94,1%. Todos os administrativos e a quase totalidade dos médicos 93,3% e dos enfermeiros 93,3%, revelam uma grande satisfação, pois a informação que se encontra na base de dados permite o registo adequado de toda a actividade profissional.

Quadro 4.16 – Perda de informação

Os SI evitaram a perda de informação	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	16,7%	7,9%	23,5%	13,4%	20%	16,6%
Maioritariamente Satisfeitos	83,3%	92,1%	76,5%	86,6%	80%	83,4%

Quando os profissionais de saúde foram questionados sobre a possibilidade dos SI evitarem perdas de informação, a larga maioria 83,3% dos utilizadores concorda. Neste item, são os profissionais do género masculino 92,1% quem se encontra mais satisfeito. Os médicos 86,6%, enfermeiros 80% e administrativos 83,3%, de uma forma geral, também estão satisfeitos com esse facto (Quadro 4.16).

Quadro 4.17 – Período de tempo de sobreposição de registos

Período de tempo de sobreposição de registos em papel e no sistema de informático	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	18,5%	23,5%	15,2%	16%	31%	7,4%
Maioritariamente Satisfeitos	81,5%	76,5%	84,8%	84%	69%	92,6%

Em relação ao período de tempo de sobreposição de registos em papel e no sistema de informação, a larga maioria dos respondentes 81,5% considera ter sido adequado. Aqui os inquiridos do género feminino 84,8% são mais optimistas, na medida em que a percentagem de respondentes do género masculino em termos de tempo de sobreposição dos registos não ultrapassa os 76,5%. Os administrativos, na sua grande maioria 92,6%, são os profissionais que consideram em maior percentagem, suficientemente adequado esse tempo, logo seguido dos médicos 84% e finalmente os enfermeiros 69%. Para este 31% destes profissionais de saúde, deveria ter havido um período de tempo mais longo permitindo deste modo que os profissionais se adaptassem melhor ao SI (Quadro 4.17).

Quadro 4.18 – Redução dos suportes em papel

Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	40%	44,7%	37,3%	60%	16,7%	43,4%
Maioritariamente Satisfeitos	60%	55,3%	62,7%	40%	83,3%	56,6%

Para a maioria dos inquiridos 60%, os SI existentes no CHVR-PR são importantes, na medida em que permitem reduzir os registos em papel. Contudo, uma percentagem expressiva de profissionais 40% não tem a mesma opinião. A opinião dos profissionais do género masculino diverge, no sentido em que para 44,7% não concordam com o a possibilidade dos SI vir reduzir os suportes em papel e 55,3% reconhecem que é possível obter essa redução. Nos respondentes do género feminino, a opinião é claramente mais favorável para 62,7% que acreditam na possibilidade de redução. Para mais de metade dos

médicos 60% e 43,4% dos administrativos, os SI permitem reduzir em pouco ou nenhum os registos em papel, tendo portanto uma opinião pouco favorável. Pelo contrario, os enfermeiros, em grande percentagem 83,3% consideram que o SI permite reduzir os registos em papel.

Quadro 4.19 – Valorização da actividade profissional

A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	23,3%	23,7%	23,6%	36,7%	33,3%	0,0%
Maioritariamente Satisfeitos	76,7%	76,3%	76,4%	63,3%	66,7%	100%

A informação produzida pelos SI, veio valorizar as actividades dos profissionais, afirmação, essa, feita por 76,7% dos inquiridos. De notar que a classe dos administrativos esta totalmente satisfeita com o SI na forma como este possibilitou valorizar a sua actividade profissional.

Quadro 4.20 – Mudança organizacional

Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	17,8%	10,6%	23,5%	10%	40%	3,3%
Maioritariamente Satisfeitos	82,2%	89,4%	76,5%	90%	60%	96,7%

A introdução dos SI hospitalar no CHVR-PR, influenciou de forma positiva todo o processo de mudança organizacional da instituição, na opinião da larga maioria dos respondentes 82,2%. São os profissionais do género masculino, 89,4% que se encontram mais satisfeitos. Os médicos 90% e os administrativos 96,7%, são as classes profissionais onde essa opinião é maioritariamente satisfatória.

Quadro 4.21 – Ganhos em saúde para o cliente

Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	27,8%	26,4%	29,4%	36,7%	33,4%	13,3%
Maioritariamente Satisfeitos	72,2%	73,6%	70,6%	63,3%	66,6%	86,7%

A utilização de SI nas práticas diárias dos profissionais do CHVR-PR, veio facultar ao cliente obter ganhos em saúde pelo menos é o que afirmam 72,2% dos seus utilizadores.

Esta opinião não difere quando se trata de profissionais do género masculino ou feminino, nem da maioria dos médicos 63,3% ou enfermeiros 66,6%. Contudo, os administrativos são mais optimistas e voltam a ser a classe profissional maioritariamente satisfeita com uma percentagem de 86,7% de respondentes.

Quadro 4.22 – Comunicação com outras instituições

Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	35,6%	42,1%	31,4%	46,6%	43,4%	16,7%
Maioritariamente Satisfeitos	64,4%	57,9%	68,6%	53,4%	56,6%	83,3%

Para a maioria dos inquiridos 64,4%, os SI em uso no CHVR-PR vieram permitir comunicar com outras instituições com maior facilidade, avalia o facto positivamente, e são os administrativos, quem de uma forma mais evidente salienta o facto com uma percentagem de 83,3%.

Quadro 4.23 – Continuidade dos cuidados ao cliente

Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	26,7%	26,4%	27,5%	40%	30%	10%
Maioritariamente Satisfeitos	73,3%	73,6%	72,5%	60%	70%	90%

Outra característica dos SI, reside na possibilidade deste permitir a continuidade dos cuidados ao cliente, tal como é relatada pela maioria dos inquiridos 73,3%. Mais uma vez, a grande maioria 90% dos administrativos apresentam-se na linha da frente, ao afirmarem que o SONHO possibilita tal continuidade, ao contrario dos médicos onde 40% tem opinião menos satisfatória, pois para eles o SAM em pouco ou nada contribui para a continuidade dos cuidados.

Quadro 4.24 – Motivação

Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	22,2%	21,1%	23,5%	40%	26,7%	0,0%
Maioritariamente Satisfeitos	77,8%	78,9%	76,5%	60%	73,3%	100%

A utilização de SI é encarada como um factor de motivação para a grande maioria 77,8% dos respondentes, não havendo diferenças significativas entre os indivíduos do género masculino 78,9% e feminino 76,5%. Todos os administrativos referem grande motivação desde que passaram a utilizar os SI na sua actividade profissional. São os médicos, que em maior percentagem 40%, se mostram menos motivados com a utilização dos SI nas suas práticas diárias.

Quadro 4.25 – SI/ferramenta de trabalho

Considera o SI uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional	Total do Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Maioritariamente Insatisfeitos	10,1%	13,1%	8%	13,3%	17,2%	0,0%
Maioritariamente Satisfeitos	89,9%	86,9%	92%	86,7%	82,8%	100%

Quando confrontados com a questão “Considera o SI uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional”, uma grande percentagem de profissionais de saúde 89,9% afirma que sim. Os médicos 86,7%, enfermeiros 82,8% e administrativos 100%, em percentagem elevada, declaram que esta ferramenta de trabalho é útil para a sua actividade profissional (Quadro 4.25).

No Quadro 4.26 sintetiza-se a descrição dos resultados obtidos em termos e satisfação profissional como utilizador do SI.

Quadro 4.26 – Resumo dos pontos – chave da satisfação profissional como utilizadores do SI

A formação realizada	Enfermeiros – Maioritariamente mais satisfeitos
Os conhecimentos que possuía em informática	Enfermeiros – Maioritariamente mais satisfeitos
Estratégias de implementação dos SI	Administrativos – Maioritariamente satisfeito
A adequação (localização e numero) dos postos de trabalho	Enfermeiros – Maioritariamente satisfeitos
As informações existentes na base de dados do SI	Administrativos – Maioritariamente satisfeito
Os SI evitaram a perda de informação	Todas as classes profissionais satisfeitas
Tempo de sobreposição de registos	Administrativos – Maioritariamente satisfeito
Redução dos suportes em papel	Enfermeiros - Maioritariamente satisfeitos
Valorização profissional com base na informação produzida pelos SI	Administrativos – Maioritariamente satisfeito
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	Médicos e administrativos são as classes profissionais maioritariamente satisfeitas.
Ganhos em saúde para o cliente	Administrativos evidenciam maior satisfação.
Comunicação com outras instituições	Administrativos Maioritariamente satisfeitos
Continuidade dos cuidados ao cliente	Administrativos Maioritariamente satisfeitos
Motivação	Administrativos – Maioritariamente satisfeito
SI como ferramenta de trabalho	Administrativos – Maioritariamente satisfeito

4.1.3.3 – Características gerais do SI

No Quadro 4.27, é nossa pretensão dar a conhecer o grau de satisfação dos médicos, enfermeiros e administrativos enquanto utilizadores do SI, no que diz respeito à adequação do mesmo às actividades desenvolvidas diariamente. A escala utilizada para avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde compreende um total de nove itens/afirmações, que serão objecto de análise.

No mesmo sentido do ponto anterior, para tornar a leitura dos dados mais fácil, optamos por agrupar as respostas obtidas em duas categorias: **Não adequado**, onde se colocam as respostas relativas a avaliação nada adequado e pouco adequado e **Adequado**, onde se colocam as respostas de avaliação adequado e muito adequado. Dos dados obtidos, apenas iremos referenciar aqueles em que se verifica uma maior discrepância em relação aos restantes.

Quadro 4.27 – Adequação do SI hospitalar / satisfação profissional

	Total de Inquiridos	Género		Classe Profissional		
		M	F	M	E	A
Registos						
Não Adequado	11,1%	10,5%	10,0%	13,8%	13,3%	3,3%
Adequado	89,9%	89,5%	90,0%	86,2%	86,7%	96,7%
Acesso à informação						
Não Adequado	12,2%	7,9%	15,7%	13,3%	16,7%	6,7%
Adequado	87,8%	92,1%	84,3%	86,7%	83,3%	93,3%
Transmissão de informação						
Não Adequado	18,9%	15,8%	21,6%	26,7%	20,0%	10,0%
Adequado	81,1%	84,2%	78,4%	73,3%	80,0%	90,0%
Disponibilidade dos dados						
Não Adequado	17,8%	10,5%	23,5%	20,0%	13,3%	20,0%
Adequado	82,2%	89,5%	76,5%	80,0%	86,7%	80,0%
Tempo de espera no atendimento						
Não Adequado	25,5%	21,1%	29,4%	33,3%	36,7%	6,7%
Adequado	74,5%	78,9%	70,6%	66,7%	63,3%	93,3%
Satisfação dos clientes						
Não Adequado	29,2%	23,7%	34,0%	40,0%	27,6%	20,0%
Adequado	70,8%	76,3%	66,0%	60,0%	72,4%	80,0%
Confidencialidade dos dados						
Não Adequado	28,0%	31,6%	24,0%	40,0%	3,3%	41,4%
Adequado	72,0%	68,4%	76,0%	60,0%	96,7%	58,6%
Comunicação entre os diversos profissionais						
Não Adequado	29,2%	34,2%	24,0%	36,7%	26,7%	24,1%
Adequado	70,8%	65,8%	76,0%	63,3%	73,3%	75,9%
Desenvolvimento das actividades diárias						
Não Adequado	22,5%	27,0%	19,6%	43,3%	16,7%	6,9%
Adequado	77,5%	73,0%	80,4%	56,7%	83,3%	93,1%

A opinião generalizada dos inquiridos é a de que o(s) Sistema(s) de Informação se adequam aos diversos aspectos em análise. Assim, a larga maioria dos inquiridos entende que o SI é **adequado** no que respeita aos registos 89,9%, ao acesso à informação 87,8%, à transmissão de informação 81,1% e à disponibilidade de informação, 82,2%. Do mesmo modo, a larga maioria, avalia **positivamente** o SI no que respeita à satisfação dos clientes, 70,8%, em relação à confidencialidade dos dados que são introduzidos no sistema 72,0%, à comunicação entre os diversos profissionais, 70,8% e ainda, no que diz respeito ao desenvolvimento das actividades diárias em termos organizacionais com 77,5%.

Apesar desta avaliação ser no geral satisfatória, verifica-se uma percentagem relativamente elevada de profissionais de saúde, que avaliam **negativamente** o SI em relação ao tempo de espera no atendimento dos clientes 25,5%, ou seja, o facto de informatizarem os serviços, pouco ou nada serviu para a diminuir o tempo de espera no atendimento. O mesmo se verifica para cerca de 30% de profissionais que consideram que o SI não trouxe um contributo positivo em relação à satisfação dos clientes, à confidencialidade dos dados e à comunicação entre os diversos profissionais.

De um modo geral, os profissionais do género masculino encontram-se mais satisfeitos em relação a todos aspectos do SI, à excepção dos últimos três itens em análise onde a percentagem de profissionais do género feminino é maior. Os administrativos são a classe profissional que considera, em maior percentagem, que o SI é adequado em termos de registos 96,7%, acesso à informação 93,3%, transmissão de informação 90,0%, tempo de espera no atendimento 93,3%, satisfação do cliente 80,0%, comunicação entre os diversos profissionais 75,9% e desenvolvimento de actividades diárias 93,1%. Os enfermeiros consideram em maior percentagem relativamente às outras duas classes profissionais, que os SI se adequam em termos de disponibilidade de informação 86,7% e na confidencialidade dos dados 96,7%.

Podemos visualizar no Quadro 4.28, o resumo dos dados obtidos que dizem respeito à satisfação dos médicos, enfermeiros e administrativos enquanto utilizadores do SI, relativamente à adequação do mesmo às actividades desenvolvidas diariamente.

Quadro 4.28 – Resumo dos pontos – chave da adequação do SI em termos de satisfação profissional

Registos	Administrativos - Maioritariamente satisfeitos
Acesso à formação	Administrativos Maioritariamente satisfeitos
Transmissão de informação	Administrativos -Maioritariamente satisfeitos
Disponibilidade dos dados	Enfermeiros – Maioritariamente satisfeitos
Tempo de espera no atendimento	Administrativos – Maioritariamente satisfeitos
Satisfação dos clientes	Administrativos – Maioritariamente satisfeitos
Confidencialidade dos dados	Enfermeiros – Maioritariamente satisfeitos
Comunicação entre os diversos profissionais	Administrativos e Enfermeiros – Maioritariamente satisfeitos
Desenvolvimento de actividades diárias	Administrativos – Maioritariamente satisfeitos

4.1.4 – Avaliação de múltiplos aspectos do processo de implementação do SI

De seguida, serão analisadas as respostas às questões do grupo VI do questionário, e iremos dimensioná-las para mais fácil as podermos analisar. Trata-se de averiguar a impressão geral dos administrativos, enfermeiros e médicos sobre os diversos itens em questão, no sentido de concluir em que medida a implementação dos SI hospitalar poderá favorecer as classes profissionais no desempenho das suas funções e em que medida deverá o CHVR-PR actuar para que todo o processo seja facilmente aceite por todos os envolvidos.

Dimensão 1 – Vantagens e desvantagens do SI³⁷

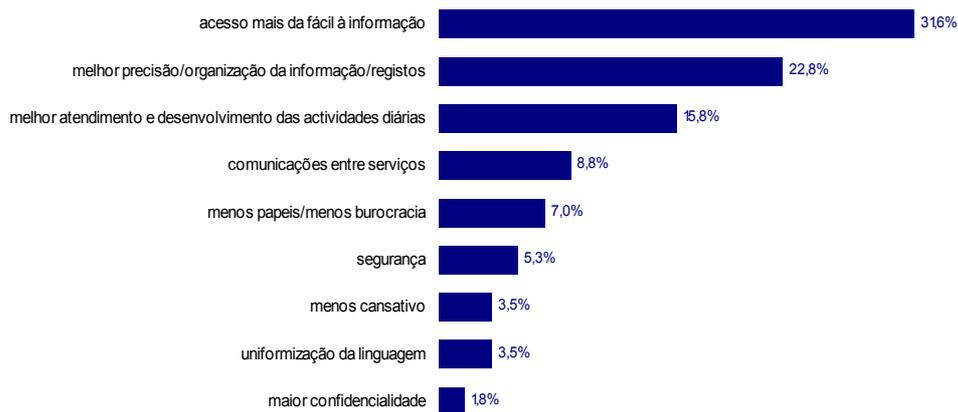


Figura 4.45 – Vantagens do SONHO (%)

³⁷ Assume-se a classe dos administrativos sempre que se apresentem dados com sigla SONHO, enfermeiros com a sigla SAPE e médicos com a sigla SAM.

Quando questionados sobre as vantagens e desvantagens do SI, os administrativos respondem como principais vantagens o facto do SI permitir um acesso mais fácil à informação 31,6%, uma melhor precisão/organização da informação 22,8% e melhor atendimento e desenvolvimento das actividades diárias 15,8%. Naquilo que os administrativos se mostram menos satisfeitos tem a ver com o facto de ficarem sem fonte de informação sempre que falta energia ou ocorre uma avaria no SI 41,7%, assim como as dificuldades técnicas/actualizações feitas em horários pouco compatíveis 29,2%. Demonstram preocupação acrescida com o fim do sigilo médico 20,8% de administrativos (Figura 4.45 e 4.46).

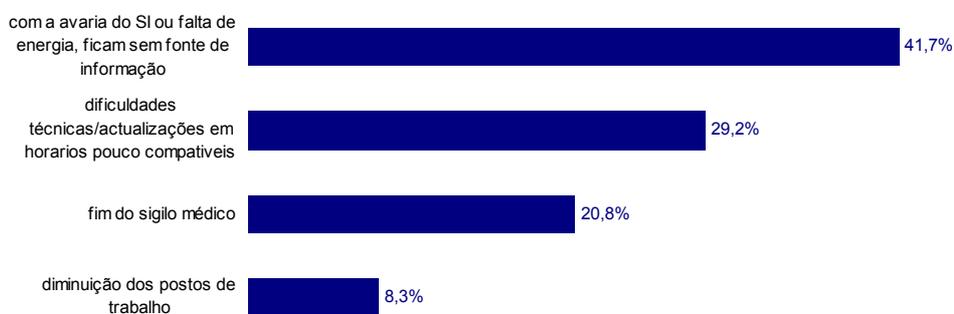


Figura 4.46 – Desvantagens do SONHO (%)

Os enfermeiros destacam como vantagens: melhor precisão/ organização da informação 27,3%; uniformização da linguagem 21,8%; acesso mais fácil à informação 20,0%; melhor atendimento e desenvolvimento das actividades diárias 18,2%. Os inquiridos revelaram estar insatisfeitos, sobretudo com o aumento no tempo de espera causado pela demora na efectuação dos registos 46,2% e com as dificuldades técnicas e actualizações feitas em horários pouco compatíveis 23,1%.



Figura 4.47 – Vantagens do SAPE (%)



Figura 4.48 – Desvantagens do SAPE (%)

Não muito diferente é a opinião dos médicos, uma vez que revelaram estar mais satisfeitos quanto ao facto do SAM permitir um acesso mais fácil à informação 36,4%); melhor precisão/organização da informação 24,7%; melhor atendimento e desenvolvimento das actividades diárias 16,9% e maior uniformização da linguagem 15,6%. Os médicos inquiridos revelaram estar insatisfeitos, sobretudo com as dificuldades técnicas/actualizações feitas em horários pouco compatíveis 22,4%; com a ocorrência de duplicação de informação (papel e SI) 16,3%; com o facto de ficarem sem fonte de informação, sempre que falta a energia ou ocorre uma avaria do SI 16,3% e ainda com o fim do sigilo médico 14,3%.



Figura 4.49 – Vantagens do SAM (%)



Figura 4.50 – Desvantagens do SAM (%)

A opinião dos médicos, enfermeiros e administrativos relativamente à avaliação geral que fazem das vantagens e desvantagens do SI não parece diferir entre classes profissionais, sendo que para todos, a principal vantagem reside na maior facilidade no acesso à informação do cliente. As avarias constantes com o SI e as actualizações em horários pouco compatíveis são as principais desvantagens que os profissionais de saúde referem como maiores dificultadores do exercício profissional diário com recurso ao uso do SI.

Dimensão 2 – Adaptações/alterações

Aqui pretendemos dar a conhecer as adaptações/alterações efectuadas ao nível da estrutura e organização do seu trabalho aquando da implementação do SI, que os profissionais de saúde consideram terem sido as mais importantes. Nesse sentido, 38,9% dos administrativos referem que a principal adaptação/alteração foi o facto do sistema de informação permitir uma maior rentabilização das tarefas/organização, permitir a eliminação dos registos em suporte de papel com uma percentagem de 22, 2%. O ter que fazer os registos electrónicos é um aspecto que para 5,6% dos administrativos ainda lhe causa algum impacto.

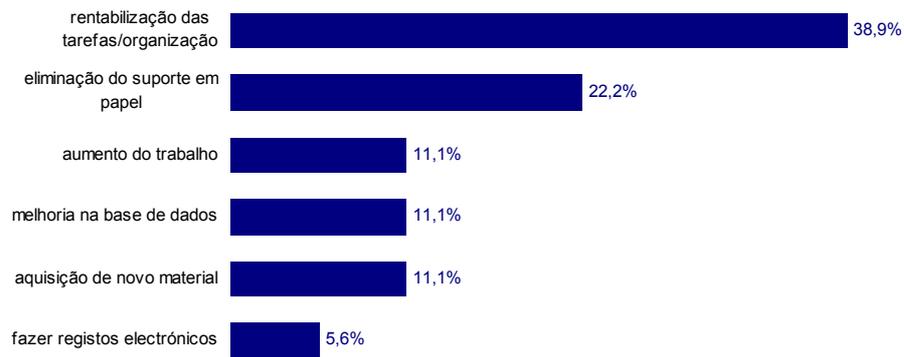


Figura 4.51 – Adaptações efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho aquando da implementação do SONHO (%)

Para mais de metade dos enfermeiros 52,2%, as adaptações mais relevantes foram a aquisição de material novo, seguido da eliminação do suporte em papel 17,4%, passando a efectuar os registos em suporte electrónico 13%. Para uma percentagem menor 4,3% de profissionais de enfermagem, aquilo que mais se notou em termos de adaptações na estrutura e organização do trabalho foi o aumento do mesmo, a rentabilização das suas tarefas e consequente organização das mesmas, assim como a possibilidade de melhorar a base de dados e a formação efectuada como medida importante na implementação do SI.

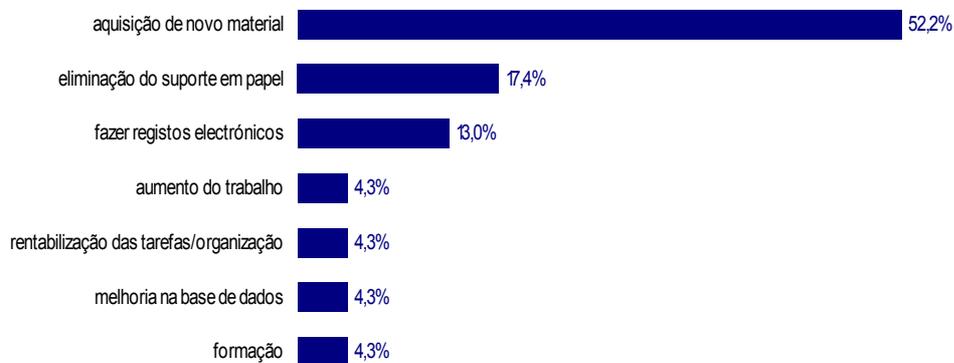


Figura 4.52 – Adaptações efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho aquando da implementação do SAPE (%)

Com opinião idêntica, surgem 26,9% dos médicos referindo a aquisição de novo material como a medida mais evidente, logo seguida da rentabilização das tarefas e organização das mesmas 19,2%, o facto de passar a fazer registos electrónicos 15,4%, melhorar a base de dados 15,4% e a formação efectuada 15,4%, como as adaptações mais visíveis decorrentes da implementação do SAM. Ao contrario do que se esperava, surgem

apenas 7,7% de médicos que consideram que o SI veio possibilitar a eliminação dos registos em suporte de papel.

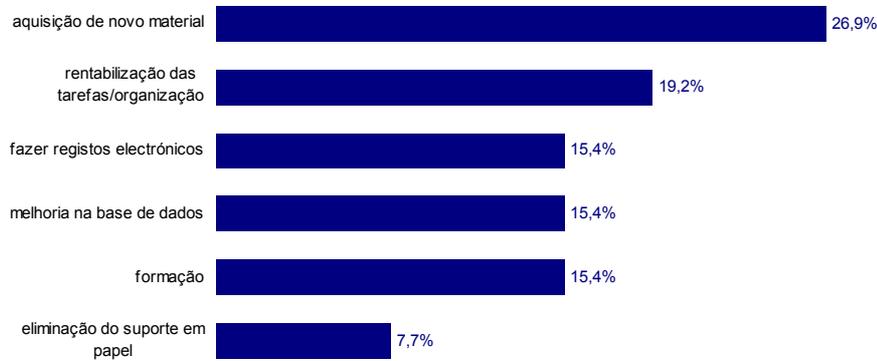


Figura 4.53 – Adaptações efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho aquando da implementação do SAM (%)

Em síntese, para os administrativos, as adaptações efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho, recaem sobretudo, no facto do SI permitir uma maior rentabilização e organização das suas actividades. Para os médicos, além da maior evidencia na aquisição de novo material, a sua opinião vai também para a rentabilização das tarefas e consequente organização. Os enfermeiros, destacam além do material adquirido, a eliminação dos registos do cliente em suporte de papel.

Dimensão 3 – Barreiras/medidas para as ultrapassar

Partindo do princípio que quando se pretende introduzir uma inovação numa determinada organização, surgem imediatamente barreiras que dificultam a sua introdução, pretende-se agora dar a conhecer quais são as barreiras mais sentidas pelos profissionais e o que é que o CHVR-PR poderia ter feito para que fosse possível ultrapassar essas dificuldades mais rapidamente.

Assim, surge relatado por metade dos administrativos 50%, as dificuldades relacionadas com o funcionamento do programa, seguido de falta de colaboração/cooperação da própria instituição com o utilizador do SONHO 30%. A formação efectuada previamente foi considerada insuficiente para 20% dos respondentes.

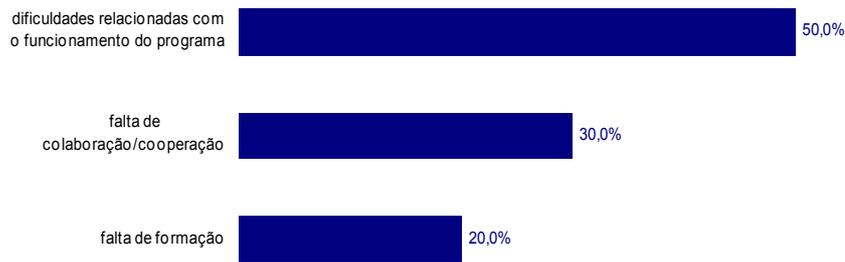


Figura 4.54 – Barreiras existentes aquando da implementação do SONHO (%)

A opinião de 33,3% dos enfermeiros incide sobretudo na falta de colaboração e cooperação, seguido de imediato por 23,8% que referem a falta de motivação para a utilização do SI, o longo período de tempo que decorreu entre a formação e a aplicação prática do SI 14,3%, dificultando a implementação do SAPE. Percentagem igual é atribuída à existência de poucos terminais e a falta de espaço para que os enfermeiros possam trabalhar e ainda uma pequena percentagem de profissionais de saúde desta área 4,8%, frisam que a formação efectuada não foi suficiente.

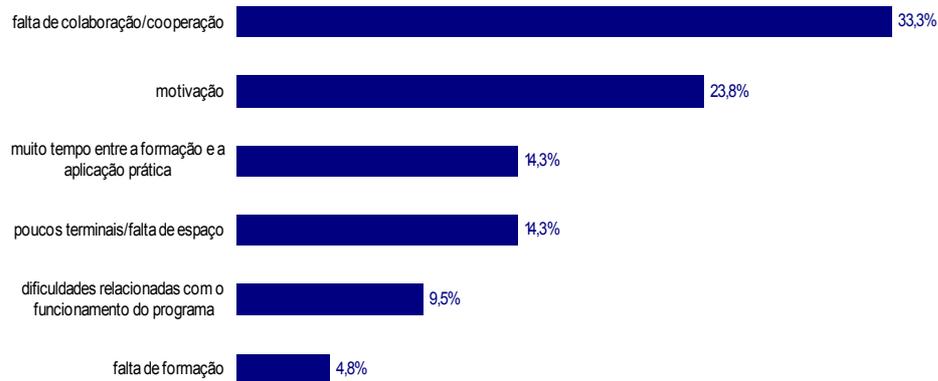


Figura 4.55 – Barreiras existentes aquando da implementação do SAPE (%)

Os médicos, são mais unânimes ao afirmarem em percentagem igual 29,4%, que o SAM teve como barreiras na sua implementação a falta de colaboração e cooperação dos profissionais, a formação insuficiente e dificuldades relacionadas com o funcionamento do programa.



Figura 4.56 – Barreiras existentes aquando da implementação do SAM (%)

Para conseguir ultrapassar estas barreiras referenciadas, na opinião dos inquiridos, o CHVR-PR deveria ter adoptado várias medidas. Para o sector administrativo 57,1% salienta o investimento em mais formação logo seguido de sessões de esclarecimento 42,9%. Da mesma opinião, encontram-se mais de metade dos médicos 57,1% que igualmente consideram mais importantes as acções de formação e a organização de sessões de esclarecimento 42,9% como as medidas suficientes para colmatar as dificuldades sentidas. Na opinião dos enfermeiros, o estímulo à auto-motivação 38,9% e organização de sessões de esclarecimento 38,9%, seriam as medidas mais indicadas.



Figura 4.57 – Medidas tomadas para ultrapassar as barreiras que existiram aquando da implementação do SONHO (%)

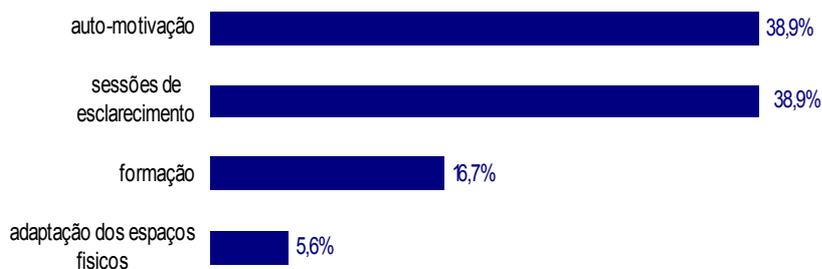


Figura 4.58 – Medidas tomadas para ultrapassar as barreiras que existiram aquando da implementação do SAPE (%)



Figura 4.59 – Medidas tomadas para ultrapassar as barreiras que existiram aquando da implementação do SAM (%)

No parecer dos profissionais de saúde, as principais medidas possíveis que poderiam ter sido adoptadas pelo CHVR-PR com a finalidade de ultrapassar as barreiras mencionadas, seriam na opinião de médicos e administrativos a formação como medida essencial e vital quando se pretende o sucesso da introdução do SI e o incentivo à auto-motivação e sessões de esclarecimento.

Dimensão 4 – Benefícios para a instituição

Nesta dimensão, foi nossa pretensão saber a opinião dos profissionais de saúde em relação aos benefícios que a instituição poderá recolher com a utilização de um SI hospitalar adequado a cada classe profissional.

Daqui resulta que, para 25,7% de todos os profissionais, a introdução dos SI hospitalar implicou uma maior organização profissional, a uma maior celeridade no atendimento dos clientes, ao acesso mais rápido e fácil à informação para 18,8% e para 9,9% dos profissionais implicou uma maior satisfação profissional e maior satisfação dos clientes. Na opinião dos profissionais, a introdução de um sistema de informação hospitalar, permite à organização de saúde e seus colaboradores a interligação entre os diferentes serviços no hospital e entre instituições de saúde 7,9%, bem como a possibilidade de fazer todo o registo dos dados do cliente em suporte informático 7,9% e ainda a possibilidade de eliminar todos os registos em papel 5,0%.

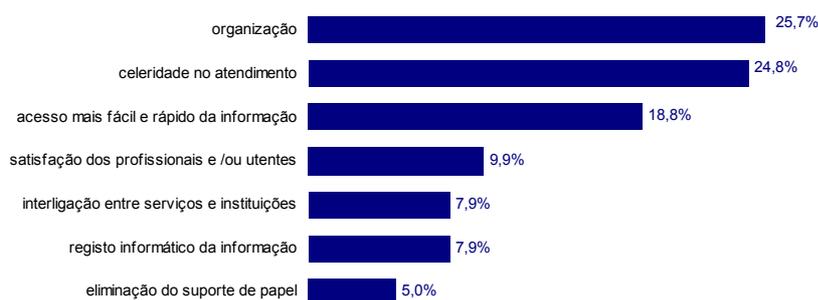


Figura 4.60 – Benefícios que a instituição pode recolher com a implementação dos SI (%)

Com a exposição dos eventuais benefícios que o CHVR-PR poderá auferir com a introdução do SI hospitalar em várias classes profissionais, pretende-se também alertar os profissionais para uma nova realidade actual e imprescindível na gestão diária das práticas profissionais, que é o da aplicação das novas tecnologias e utilização de sistemas informáticos como ferramentas essenciais na organização diária do seu trabalho e consequentemente para o controle em tempo real da informação disponível no sistema quer por parte dos utilizadores, quer por parte dos órgãos de gestão da organização de saúde.

No quadro seguinte, colocamos em resumo, os dados obtidos da análise às questões do grupo VI do questionário.

Quadro 4.29 – Resumo dos pontos – chave da implementação dos SI hospitalar no CHVR-PR

Vantagens	Acesso mais fácil à informação (SONHO e SAM) e melhor precisão, organização da informação, registos (SAPE).
Desvantagens	Avaria do SI ou falta de energia ficando sem fonte de informação (SONHO), demora na efectuação dos registos, aumento do tempo de espera (SAPE), dificuldades técnicas, actualizações em horários pouco compatíveis (SAM).
Adaptações/alterações	Rentabilização das tarefas (SONHO); aquisição de novo material (SAPE e SAM).
Barreiras	Dificuldades relacionadas com o funcionamento do programa (SONHO); falta de colaboração/cooperação (SAPE e SAM).
Medidas para ultrapassar barreiras	Formação (SONHO e SAM) e auto-motivação (SAPE).
Benefícios para a instituição	Maior organização, celeridade no atendimento dos clientes, acesso mais fácil e rápido da informação.

4.2 – IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS FACTORES DE SATISFAÇÃO COM O SI HOSPITALAR UTILIZADO PELOS PROFISSIONAIS DO CHVR-PR

A Informação pode ser usada de diversas formas, em diversos momentos e por diversas pessoas durante o processo de decisão, ocorrendo interações complexas entre a capacidade cognitiva dos usuários, a natureza e o formato da informação.

Júnior A. (2007)

Com a necessidade de uma maior esclarecimento sobre a satisfação ou não dos profissionais de saúde inquiridos em relação ao sistema de informação em uso no CHVR-PR, optamos por recorrer à análise factorial, tentando deste modo, identificar outros factores que contribuem para a satisfação dos profissionais de saúde, além da informação que retiramos da análise descritiva. Mesmo cientes que iríamos perder alguma informação com a utilização desta técnica, equacionamos a seguintes hipótese: **A introdução dos SI, a nível hospitalar contribuiu, de forma significativa, para a obtenção de uma maior eficácia e eficiência organizacional**, pedindo aos profissionais que respondessem às questões do grupo IV e V do questionário.

Neste sub-capítulo, iremos extrair os diferentes factores, em relação aos recursos disponíveis pelo CHVR-PR para o correcto desempenho profissional, ao SI utilizado e as características do próprio SI.

Os dados serão apresentados em quadros com a respectiva interpretação dos mesmos.

4.2.1 – Factores extraídos da opinião específica dos profissionais de saúde em relação aos recursos disponíveis pelo CHVR-PR

A escala utilizada para avaliar o grau de satisfação profissional dos inquiridos, compreende um total de quatro itens: Recursos materiais, Recursos humanos, Formação literária e Formação profissional.

A vantagem operacional da utilização de escalas múltiplas é a de permitirem a captação de variações mais pequenas, aumentando a probabilidade de se medir o que, efectivamente, se pretende medir. Os instrumentos de medida devem, contudo, satisfazer as seguintes exigências:

- Fiabilidade³⁸, que se refere à precisão das pontuações de uma avaliação;
- Validade: os instrumentos devem medir aquilo que se pretende que meçam. A validade pode ser avaliada por meio da Análise Factorial de Componentes Principais³⁹.

Os resultados da análise de fiabilidade, permitem concluir que a medida de satisfação profissional global tem uma boa fiabilidade interna (*alpha de Cronbach* de 0,819), não sendo, portanto, necessário excluir nenhum dos quatro itens. De referir que, neste caso, a escala é fiável do ponto de vista de estudos verificativos⁴⁰.

Para se poder aplicar o modelo factorial deve existir correlação entre as variáveis. O Teste de esfericidade de Bartlett tem associado um nível de significância de 0,000 ($\leq 0,05$) o que leva à rejeição da hipótese da matriz de correlações na população ser a matriz identidade, mostrando portanto que existe correlação entre variáveis (Quadro I - Anexo D).

O número de factores a reter obtém-se consultando o quadro seguinte, que apresenta os valores próprios (*eigenvalues*) para cada factor e respectiva percentagem de variância explicada.

³⁸ O *alpha de Cronbach* é uma das medidas mais usadas para verificação interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. A escala seguinte dá uma indicação aproximada para avaliar o valor de uma medida de fiabilidade: (muito boa, alpha superior a 0,9; Boa \Leftrightarrow alpha entre 0,8 e 0,9; Razoável \Leftrightarrow alpha entre 0,7 e 0,8; Fraca \Leftrightarrow alpha entre 0,6 e 0,7 e Inaceitável \Leftrightarrow alpha inferior a 0,6).

³⁹ Conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever.

⁴⁰ Do ponto de vista de estudos verificativos, a margem de erro deverá ser inferior ou igual a 20%.

Quadro 4.30 – Factores retidos e variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Soma da extracção do quadrado dos pesos		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	2,632	65,788	65,788	2,632	65,788	65,788
2	,828	20,704	86,492			
3	,308	7,705	94,197			
4	,232	5,803	100,000			

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais

Dado existir um valor próprio maior do que um (2,632) pelo critério de Kaiser⁴¹, retém-se um factor, o qual explica mais de 65% da variância dos dados iniciais.

O gráfico seguinte confirma a retenção de um único factor:

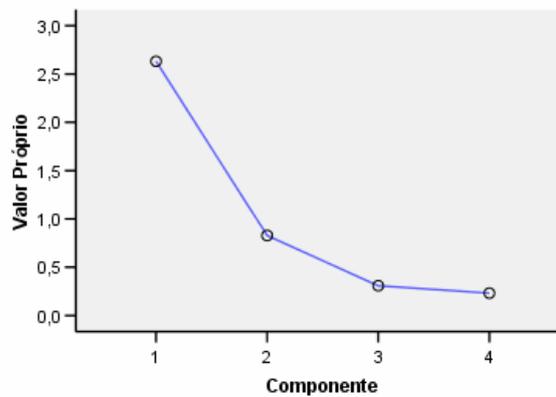


Figura 4.61 – Gráfico dos valores próprios por cada componente

O Quadro 4.31, indica as comunalidades. Como inicialmente são ajustadas tantas componentes como variáveis, as comunalidades na primeira coluna (Inicial) são iguais a 1. A percentagem de variância comum das variáveis no factor extraído é superior a 58% para todas variáveis. Com efeito, o factor retido explica 66,9% da variância da variável “Recursos Materiais”, 59,0% da variância da variável “Recursos Humanos”, 66,2% da variância da variável “Formação Literária” e 71,1% da variância da variável “Formação Profissional”.

⁴¹ Excluir as componentes cujos valores próprios são inferiores à média, isto é, menores que 1 se a análise for feita a partir de uma matriz de correlações.

Quadro 4.31 – Comunalidades

	Inicial	Extracção
Quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções	1,000	,669
Quanto aos recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções	1,000	,590
Quanto à formação literária para o desempenho das suas funções	1,000	,662
Quanto à formação profissional para o desempenho das suas funções	1,000	,711

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais

A Matriz das Componentes mostra os coeficientes ou pesos que correlacionam as variáveis com o factor retido.

Quadro 4.32 – Matriz das componentes

	Componente
	1
Quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções	,818
Quanto aos recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções	,768
Quanto à formação literária para o desempenho das suas funções	,814
Quanto à formação profissional para o desempenho das suas funções	,843

A soma (em coluna) dos quadrados dos *pesos* das variáveis para cada componente é o valor próprio das componentes, já referido no quadro “Factores Retidos e Variância Total Explicada”. Assim⁴², para a componente1: $0,818^2 + 0,768^2 + 0,814^2 + 0,843^2 = 2,632$. A soma (em linha) dos quadrados dos *pesos* das componentes para cada variável são as comunalidades. Assim, variável *Recursos Materiais*: $0,818^2=0,669$, *Recursos Humanos*: $0,768^2=0,590$, *Formação Literária*: $0,814^2=0,662$, *Formação Profissional*: $0,843^2=0,711$.

Nos quadros seguintes, apresenta-se o valor médio, a mediana e o desvio padrão para a **satisfação global profissional⁴³ no geral, por classe profissional e por género com os recursos disponíveis pelo CHVR-PR, para a realização das suas actividades diárias.**

Quadro 4.33 – Média, mediana e desvio padrão

	Média	Mediana	Desvio Padrão
Avaliação Global	3,40	3,50	0,58

⁴² Neste caso, foi retido um único factor.

⁴³ A pontuação da dimensão avaliação global é constituída com base na média aritmética dos itens que a constituem.

Quadro 4.34 – Satisfação global por classe profissional

Classe Profissional	Avaliação global média
Médica	3,4
Enfermagem	3,5
Administrativa	3,3

Quadro 4.35 – Satisfação global por género

Género	Avaliação global média
Masculino	3,5
Feminino	3,3

Apresenta-se, na Figura 4.62, a classificação média atribuída, numa escala de 1 a 5, (em que 1 – Nulo, 2 - Pouco, 3 – Médio, 4 – Elevado e 5 – Muito elevado), a cada um dos itens⁴⁴ que compõem a escala “Satisfação Profissional”.

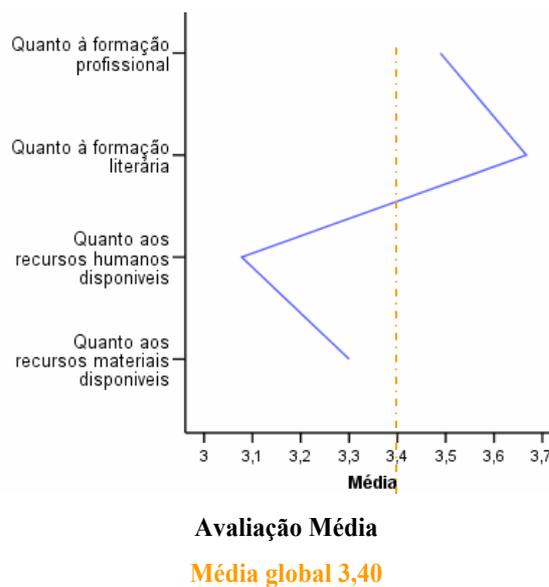


Figura 4.62 – Avaliação da satisfação profissional

O gráfico de perfil anterior, sugere que para o desempenho das suas funções os inquiridos encontram-se particularmente satisfeitos no que diz respeito à Formação literária (3,7) e à Formação Profissional (3,5).

⁴⁴ Os 4 itens em análise são variáveis ordinais. Porém, verificando-se a normalidade ou pelo menos a simetria de cada item, aceita-se trabalhá-los como variáveis medidas em escala de intervalo (o que pressupõe que as distâncias entre valores consecutivos é idêntica). Embora seja mais seguro classificá-las como ordinais, existem vantagens em tratá-las como variáveis medidas em escalas de intervalo, principalmente ao nível das medidas estatísticas que é possível determinar.

A percentagem de inquiridos que apresenta um grau de satisfação médio no que respeita aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções é de 43,4%. Como já descrito, onde os profissionais de saúde manifestam a sua maior insatisfação é com os recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções, com 21,1% de respondentes (17,8% estão pouco satisfeitos com os recursos humanos disponíveis, apresentando-se 3,3% totalmente insatisfeitos) (Quadro II – Anexo D).

Os resultados obtidos surgem expressos no quadro seguinte:

Quadro 4.36 – Dimensão da satisfação profissional

	Peso Factorial	Variância Explicada
Componente 1: Recursos disponíveis		65,8%
Grau de Satisfação quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções	0,818	
Grau de Satisfação quanto aos recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções	0,768	
Grau de Satisfação quanto à formação literária para o desempenho das suas funções	0,814	
Grau de Satisfação quanto à formação profissional para o desempenho das suas funções	0,843	

Estamos, assim, perante uma escala fiável⁴⁵ e com validade convergente

O quadro seguinte reproduz os valores do coeficiente de correlação *R de Pearson* e o *Squared Multiple Correlation* de cada uma das variáveis e o valor *Alpha de Cronbach* para o factor.

Quadro 4.37 – Resultados da estimação do Alpha de Cronbach

Variáveis	CI – TC⁴⁶	SMC⁴⁷	Alpha De Cronbach
Grau de Satisfação quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções	0,686	0,528	0,819
Grau de Satisfação quanto aos recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções	0,618	0,484	
Grau de Satisfação quanto à formação literária para o desempenho das suas funções	0,630	0,594	
Grau de Satisfação quanto à formação profissional para o desempenho das suas funções	0,663	0,618	

⁴⁵ *Alpha de Cronbach* = 0,819.

⁴⁶ CI-TC: Coeficiente de Correlação R de Pearson de cada uma das variáveis com as restantes.

⁴⁷ SMC: Percentagem de variação nas respostas de uma variável que é explicada pelas restantes.

Na sequência da análise factorial exploratória e da análise de fiabilidade, apresenta-se, em seguida, a síntese dos resultados.

Quadro 4.38 – Síntese dos resultados

Variáveis	Média do Factor	Média das variáveis	Variância Explicada
Grau de Satisfação quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções	3,40	3,30	65,8%
Grau de Satisfação quanto aos recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções		3,08	
Grau de Satisfação quanto à formação literária para o desempenho das suas funções		3,67	
Grau de Satisfação quanto à formação profissional para o desempenho das suas funções		3,49	

4.2.2 – Factores extraídos da opinião específica dos profissionais de saúde em relação ao SI utilizado

A escala utilizada para avaliar o **grau de satisfação dos inquiridos enquanto utilizadores de um SI**, compreende um total de quinze itens/afirmações:

- A formação realizada sobre SI contribuiu para o seu desempenho nesse sistema (p1);
- Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema (p2);
- As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema (p3);
- A adequação (localização e número) dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional (p4);
- As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional (p5);
- Os SI evitaram a perda de informação (p6);
- O período de tempo de sobreposição de registos em papel no Sistema de Informação (p7);
- Os SI existentes na sua Instituição, vieram reduzir os suportes em papel (p8);

- A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional (p9);
- Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da Instituição (p10);
- Os SI em uso na sua Instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente (p11);
- Os SI em uso na sua Instituição facilitaram a comunicação com outras Instituições (p12);
- Os SI em uso na sua Instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente (p13);
- Encontra-se mais motivado (a) na sua actividade profissional desde que utiliza os SI (p14);
- Considera o Sistema de informação, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional (p15).

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2 = 632,455$ com 105 graus de liberdade. Consultando uma tabela de distribuição de χ^2 , verifica-se que $632,455 > \chi^2_{0,95}$, pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja, as variáveis são correlacionáveis. O KMO de 0,823 mostra que existe uma boa correlação entre as variáveis (Quadro III – Anexo D).

O número de factores a reter obtém-se consultando o quadro seguinte, que apresenta os valores próprios (*eigenvalues*) para cada factor e respectiva percentagem de variância explicada.

Quadro 4.39 – Factores retidos e variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas da extracção do quadrado dos pesos			Soma da rotação do quadrado dos pesos		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	6,522	43,482	43,482	6,522	43,482	43,482	5,119	34,126	34,126
2	1,599	10,660	54,141	1,599	10,660	54,141	2,704	18,026	52,151
3	1,230	8,199	62,340	1,230	8,199	62,340	1,528	10,189	62,340
4	,954	6,361	68,701						
5	,824	5,493	74,193						
6	,765	5,103	79,297						
7	,629	4,190	83,487						
8	,577	3,846	87,333						
9	,466	3,109	90,441						
10	,418	2,786	93,227						
11	,351	2,341	95,568						
12	,203	1,350	96,919						
13	,181	1,210	98,128						
14	,149	,991	99,119						
15	,132	,881	100,000						

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais.

Dado existirem três valores próprios maiores do que um (6,522, 1,599 e 1,230), pelo critério de Kaiser⁴⁸, retêm-se 3 factores. As componentes são extraídas por ordem decrescente de importância, assim a primeira componente é sem dúvida a mais importante, representando cerca de 43,5% da variância total. As 3 componentes seleccionadas por este critério explicam cerca de 62,3% da variabilidade das 15 variáveis originais.

O quadro seguinte indica as comunalidades:

Quadro 4.40 – Comunalidades

	Inicial	Extracção
A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	1,000	,707
Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	1,000	,496
As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	1,000	,682
A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	1,000	,408
As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua activ. profissional	1,000	,599
Os SI evitaram a perda de informação	1,000	,606
O período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação	1,000	,519
Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	1,000	,499
A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	1,000	,739
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	1,000	,631
Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o utente	1,000	,685
Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	1,000	,697
Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao utente	1,000	,697
Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	1,000	,688
Considera o SI, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua activ. profissional	1,000	,699

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais

⁴⁸ Excluir as componentes cujos valores próprios são inferiores à média, isto é, menores que 1 se a análise for feita a partir de uma matriz de correlações.

Observa-se que a variável p4 (A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional) é a que mais informação perde quando se transformam as 15 variáveis iniciais em apenas 3 componentes principais. Ao utilizarem-se as três componentes principais estar-se-á a ignorar 59,2% da variável p4. Os factores retidos explicam, ainda, apenas 49,6% da variância de p2 (Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema), 49,9% da variância de p8 (Os SI existentes na sua Instituição, vieram reduzir os suportes em papel), 51,9% da variância de p7 (O período de tempo de sobreposição de registos em papel no Sistema de Informação) e 59,9% da variância de p5 (As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional).

A percentagem de variância comum das variáveis nos factores extraídos é superior a 60% para as restantes variáveis. Com efeito, os factores retidos explicam 70,7% da variância de p1, 68,2% da variância de p3, 60,6% da variância de p6, 73,9% da variância de p9, 63,1% da variância de p10, 68,5% da variância de p11, 69,7% da variância de p12, 69,7% da variância de p13, 68,8% da variância de p14 e 69,9% da variância de p15.

A Matriz das Componentes mostra os coeficientes ou pesos que correlacionam as variáveis com os factores antes da rotação.

Quadro 4.41 – Matriz das componentes

	Componente		
	1	2	3
A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	,478	,553	,416
Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	,355	,448	-,412
As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	,627	,392	,367
A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	,563	,112	,279
As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua activ. profissional	,765	-,061	-,102
Os SI evitaram a perda de informação	,480	,215	-,573
O período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação	,276	-,540	,388
Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	,507	,475	,127
A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	,852	-,070	,095
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	,742	-,215	-,186
Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o utente	,760	-,195	-,264
Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	,694	-,456	,083
Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao utente	,799	-,227	,085
Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	,826	,057	,041
Considera o SI, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua activ. profissional	,809	-,078	-,198

Método de Extração: Análise de Componentes Principais

A soma (em coluna) dos quadrados dos *pesos* das variáveis para cada componente é o valor próprio das componentes. Por exemplo, para a componente 1: $0,478^2 + 0,355^2 +$

$0,627^2 + 0,563^2 + 0,765^2 + 0,480^2 + 0,276^2 + 0,507^2 + 0,852^2 + 0,742^2 + 0,760^2 + 0,694^2 + 0,799^2 + 0,826^2 + 0,809^2 = 6,522$. A soma (em linha) dos quadrados dos pesos das componentes para cada variável corresponde às comunalidades. Por exemplo, variável p1: $0,4782+0,5532 +0,4162=0,707$.

A matriz das componentes após rotação ortogonal (VARIMAX) é útil para designar o significado dos factores, essencialmente quando as variáveis têm pesos elevados em mais do que uma componente.

Quadro 4.42 – Matriz das componentes após a rotação

	Componente		
	1	2	3
Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	0,802	0,104	-0,206
Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente	0,788	0,101	0,233
Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente	0,776	0,304	-0,056
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	0,769	0,125	0,156
Considera o sistema de informação, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional	0,759	0,239	0,258
A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	0,740	0,436	0,038
As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional	0,696	0,284	0,184
Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	0,664	0,474	0,150
A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	0,054	0,836	0,080
As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	0,270	0,779	0,051
Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	0,168	0,632	0,268
A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	0,372	0,517	-0,054
Os SI evitaram a perda de informação	0,400	0,042	0,666
Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	0,148	0,223	0,652
Período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação	0,436	0,019	-0,573

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Método de Rotação: Varimax

Os resultados obtidos surgem expressos no quadro seguinte, onde se apresentam os três factores encontrados que explicam 62,3% da variância total das respostas.

Quadro 4.43 – Dimensão da utilização do SI

	Peso Factorial	Variância Explicada
Componente 1: Vantagens da utilização dos SI		
Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	0,802	43,5%
Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente	0,788	
Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente	0,776	
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	0,769	
Considera o sistema de informação, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional	0,759	
A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	0,740	
As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional	0,696	
Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	0,664	
Componente 2: Estratégias de Implementação adoptadas		
A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	0,836	10,7%
As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	0,779	
Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	0,632	
A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	0,517	
Componente 3: Conhecimentos Informáticos		
Os SI evitaram a perda de informação	0,666	8,2%
Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	0,652	
Período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação	0,573	
Total		62,3%

A análise anterior leva-nos a identificação de três grandes factores em que se baseiam os profissionais de saúde que são utilizadores de um SI, retirando daí todo o seu contributo profissional. Tais factores, após a análise de cada um dos itens que os compõem, foram, denominados por nós da seguinte forma: Vantagens da utilização dos SI, Estratégias de implementação adoptadas e Conhecimentos Informáticos.

Por toda a análise efectuada, somos levados a concluir que existem, na opinião dos nossos inquiridos, variáveis explicativas para a utilização do SI, e que as mesmas não se encontram repartidas de forma homogénea. Apurados os três factores, verificamos de seguida a fiabilidade de cada um deles através do *Alpha de Cronback*. Este indicador define-se, como a proporção da variabilidade de respostas que resulta de diferenças nos inquiridos, ou seja, as respostas diferem na medida em que os respondentes têm opiniões diferentes sobre o assunto e não devido a problemas na elaboração e interpretação do questionário.

O quadro seguinte reproduz os valores do coeficiente de correlação *R de Pearson* e o *Squared Multiple Correlation* de cada uma das variáveis e o valor *Alpha de Cronbach* para o factor.

Quadro 4.44 – Coeficiente de correlação *R de Pearson*

Factores	Variáveis	CI – TC ⁴⁹	SMC ⁵⁰	<i>Alpha de Cronbach</i>
Vantagens da utilização dos SI	Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	0,611	0,714	0,921
	Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente	0,672	0,660	
	Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente	0,739	0,758	
	Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	0,659	0,666	
	Considera o sistema de informação, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional	0,736	0,755	
	A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	0,799	0,754	
	As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional	0,686	0,654	
	Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	0,762	0,721	
Estratégias de Implementação adoptadas	A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	0,436	0,497	0,682
	As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	0,580	0,553	
	Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	0,469	0,449	
	A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	0,493	0,490	
Conhecimentos Informáticos	Os SI evitaram a perda de informação	0,424	0,356	0,268
	Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	0,309	0,335	
	Período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação	0,213	0,273	

Nesta análise, verifica-se que o factor que apresenta maior consistência interna (*Alpha de Cronack* > a 0,8) é o correspondente a **vantagens da utilização** do SI. Podemos verificar a partir dos resultados da coluna CI-TC, que o nível de correlação entre cada uma das variáveis e as restantes é, de um modo geral, Mediano, os melhores resultados situam-se em torno de 0,6 e 0,7 e, naturalmente coincide com o factor que apresenta melhores

⁴⁹ CI-TC: Coeficiente de Correlação R de Pearson de cada uma das variáveis com as restantes.

⁵⁰ SMC: Percentagem de variação nas respostas de uma variável que é explicada pelas restantes.

resultados no *Alpha de Cronack*. Por outro lado, os valores da coluna SMC – que mostram a percentagem de uma variável que é explicada pelas restantes são também medianos, confirmando uma inter-relação entre as mesmas.

Na sequência da análise factorial exploratória e da análise de fiabilidade, apresenta-se, em seguida, a síntese dos resultados:

Quadro 4.45 – Síntese dos resultados

Factores	Variáveis	Média do Factor	Média das variáveis	Variância Explicada
Vantagens da utilização dos SI	Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	3,26	2,94	43,5%
	Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente		3,01	
	Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente		3,08	
	Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição		3,38	
	Considera o sistema de informação, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional		3,72	
	A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional		3,26	
	As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional		3,55	
	Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI		3,13	
Estratégias de Implementação adoptadas	A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	3,05	2,94	10,7%
	As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema		3,12	
	Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel		2,91	
	A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional		3,23	
Conhecimentos Informáticos	Os SI evitaram a perda de informação	3,25	3,42	8,2%
	Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema		3,21	
	Período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação		3,13	

No quadro seguinte, apresenta-se o valor médio, a mediana e o desvio padrão para as avaliações globais⁵¹:

⁵¹ As pontuações das dimensões “avaliações globais” são constituídas com base na média aritmética dos itens que as constituem.

Quadro 4.46 – Média, mediana e desvio padrão

	Média	Mediana	Desvio Padrão
Componente 1	3,26	3,38	0,77
Componente 2	3,05	3,00	0,76
Componente 3	3,25	3,33	0,58

Quadro 4.47 – Grau de satisfação médio por classe profissional

Classe Profissional	Vantagens da utilização dos SI	Estratégias de Implementação adoptadas	Conhecimentos Informáticos
Médica	3,0	2,4	3,3
Enfermagem	3,0	3,4	3,2
Administrativa	3,7	3,1	3,2

Quadro 4.48 – Grau de satisfação médio por género

Género	Vantagens da utilização dos SI	Estratégias de Implementação adoptadas	Conhecimentos Informáticos
Masculino	3,2	2,9	3,3
Feminino	3,2	3,1	3,2

Apresenta-se, em seguida, o grau de satisfação médio, numa escala de 1 a 5 pontos (em que 1= nulo, 2= pouco, 3= médio, 4= elevado e 5 = muito elevado), atribuído a cada uma das afirmações que compõem as escalas:

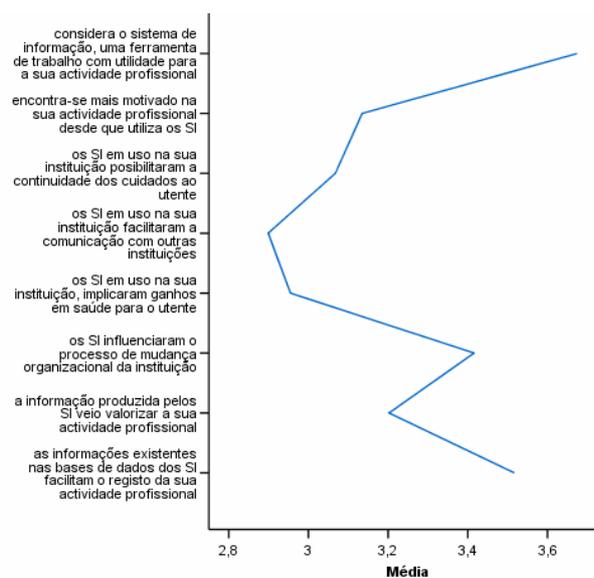


Figura 4.63 – Gráfico de perfil da sub-escala “vantagens da utilização dos SI”

De entre as afirmações que compõem a escala **Vantagens da utilização dos SI**, destacam-se as seguintes: “Considera o sistema de informação, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional” (3,7), “As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional” (3,5) e “Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da Instituição” (3,4).

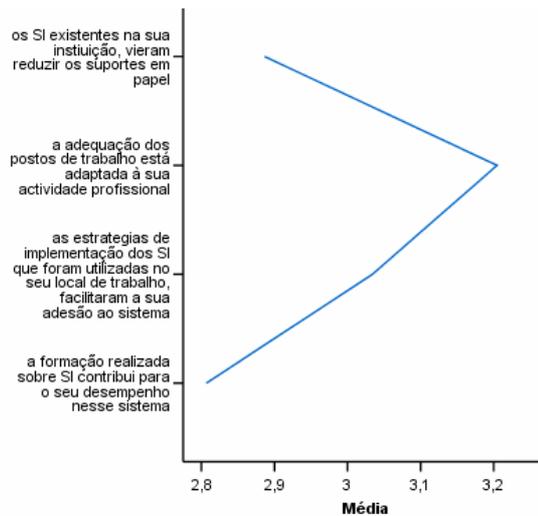


Figura 4.64 – Gráfico de perfil da sub-escala “estratégias de implementação adoptadas”

Os inquiridos revelam estar, sobretudo, satisfeitos com a adequação dos postos de trabalho à actividade profissional desenvolvida (3,2), bem como com as estratégias de implementação dos Sistemas de Informação que foram utilizadas (3,0).

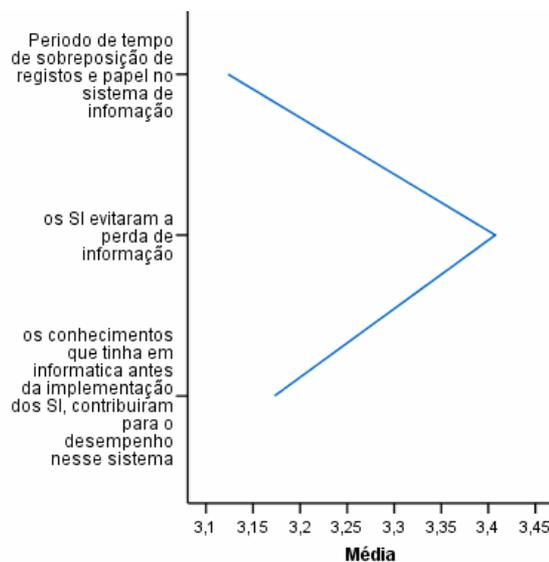


Figura 4.65 – Gráfico de perfil da sub-escala “conhecimentos informáticos”

Os inquiridos revelaram estar satisfeitos, sobretudo com o facto de os Sistemas de Informação evitarem perdas de informação (3,4).

4.2.3 – Factores extraídos da opinião específica dos profissionais em relação as características gerais do SI utilizado

A escala utilizada para avaliar o grau de satisfação dos profissionais acerca do próprio Sistema de Informação utilizado no desempenho das suas funções, compreende um total de nove itens: registos, acesso à informação, transmissão de informação, disponibilidade de informação, tempo de espera no atendimento, satisfação dos clientes, confidencialidade dos dados, comunicação entre os diversos profissionais e desenvolvimento das actividades diárias.

Os resultados da análise de fiabilidade, permitem concluir que a medida de avaliação global tem uma boa fiabilidade interna (*alpha de Cronbach* de 0,892), não sendo, portanto, necessário excluir nenhum dos itens. A **validade da escala** será avaliada através da Análise Factorial de Componentes Principais.

O KMO de 0,878 mostra que existe uma correlação muito boa entre as variáveis.

O teste de esfericidade de Bartlett dá um valor de $\chi^2 = 425,484$ com 36 graus de liberdade. Consultando uma tabela de distribuição de χ^2 , verifica-se que $425,484 > \chi^2_{0,95}$, pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja, as variáveis são correlacionáveis.

O número de factores a reter obtém-se consultando o quadro seguinte, que apresenta os valores próprios para cada factor e respectiva percentagem de variância explicada.

Quadro 4.49 – Factores retidos e variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas da extracção do quadrado dos pesos		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	5,079	56,437	56,437	5,079	56,437	56,437
2	,919	10,213	66,649			
3	,823	9,141	75,790			
4	,620	6,886	82,676			
5	,425	4,724	87,400			
6	,388	4,314	91,714			
7	,336	3,737	95,451			
8	,248	2,756	98,207			
9	,161	1,793	100,000			

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais

Dado existir um valor próprio maior do que um (5,079) pelo critério de Kaiser, retém-se um factor, o qual explica mais de 56% da variância dos dados iniciais, que designamos por “**Adequação do SI**”. A Matriz das Componentes mostra os coeficientes que correlacionam as variáveis com o factor retido.

Quadro 4.50 – Matriz das componentes

	Componente
	1
Registos	,816
Acesso à informação	,840
Transmissão de informação	,840
Disponibilidade de informação	,748
Tempo de espera no atendimento	,758
Satisfação dos utentes	,668
Confidencialidade dos dados	,442
Comunicação entre os diversos profissionais	,709
Desenvolvimento das actividades diárias	,850

Método de Extracção: Análise de Componentes Principais

Quadro 4.51 – Dimensão aspectos gerais do SI

	Peso Factorial	Variância explicada
Componente 1: Adequação dos SI		56,4%
Registos	0,816	
Acesso à informação	0,840	
Transmissão de informação	0,840	
Disponibilidade de informação	0,748	
Tempo de espera no atendimento	0,758	
Satisfação dos clientes	0,668	
Confidencialidade dos dados	0,442	
Comunicação entre os diversos profissionais	0,709	
Desenvolvimento das actividades diárias	0,850	

Verifica-se, da análise do Quadro 4.51 que a variável que mais informação perde é a variável confidencialidade dos dados.

Apresentam-se, em seguida, os resultados da estimação do *Alpha de Cronbach*:

Quadro 4.52 – Resultados da estimação do Alpha de Cronbach para a adequação do SI

Variáveis	CI – TC	SMC	Alpha de Cronbach
Grau de adequação dos SI no que respeita aos registos	0,740	0,599	0,892
Grau de adequação dos SI no que respeita ao acesso à informação	0,760	0,732	
Grau de adequação dos SI no que respeita à transmissão de informação	0,764	0,660	
Grau de adequação dos SI no que respeita à disponibilidade de informação	0,654	0,612	
Grau de adequação dos SI no que respeita ao tempo de espera no atendimento	0,665	0,523	
Grau de adequação dos SI no que respeita à satisfação dos clientes	0,596	0,456	
Grau de adequação dos SI no que respeita à confidencialidade dos dados	0,373	0,193	
Grau de adequação dos SI no que respeita à comunicação entre os diversos profissionais	0,629	0,465	
Grau de adequação dos SI no que respeita ao desenvolvimento das actividades diárias	0,786	0,711	

Nesta análise, verifica-se que o factor retido, **Adequação do SI** apresenta uma boa consistência interna (*Alpha de Cronack* > a 0,8). Podemos verificar a partir dos resultados da coluna CI-TC, que o nível de correlação entre cada uma das variáveis e as restantes é, de um modo geral, Mediano: os melhores resultados situam-se em torno de 0,6 e 0,7. Por outro lado, os valores da coluna SMC – que mostram a percentagem de uma variável que é explicada pelas restantes são também medianos, confirmando uma inter-relação entre as mesmas.

Na sequência da análise factorial exploratória e da análise de fiabilidade dos factores expõe-se no quadro seguinte, a síntese dos resultados.

Quadro 4.53 – Síntese dos resultados

Variáveis	Média do Factor	Média das variáveis	Variância Explicada
Grau de adequação dos SI no que respeita aos registos	3,40	3,03	56,4%
Grau de adequação dos SI no que respeita ao acesso à informação		2,98	
Grau de adequação dos SI no que respeita à transmissão de informação		2,93	
Grau de adequação dos SI no que respeita à disponibilidade de informação		2,97	
Grau de adequação dos SI no que respeita ao tempo de espera no atendimento		2,84	
Grau de adequação dos SI no que respeita à satisfação dos clientes		2,71	
Grau de adequação dos SI no que respeita à confidencialidade dos dados		2,76	
Grau de adequação dos SI no que respeita à comunicação entre os diversos profissionais		2,83	
Grau de adequação dos SI no que respeita ao desenvolvimento das actividades diárias		2,95	

Apresenta-se de seguida, o valor médio, a mediana e o desvio padrão para a avaliação global geral média do(s) SI (Quadro 4.54), bem como a avaliação global geral média dos SI por classe profissional (Quadro. 4.55) e por género (Quadro 4.56).

Quadro 4.54 – Média, mediana e desvio padrão

	Média	Mediana	Desvio Padrão
Avaliação Global	2,89	2,89	0,47

Quadro 4.55 – Avaliação global geral média dos SI por classe profissional

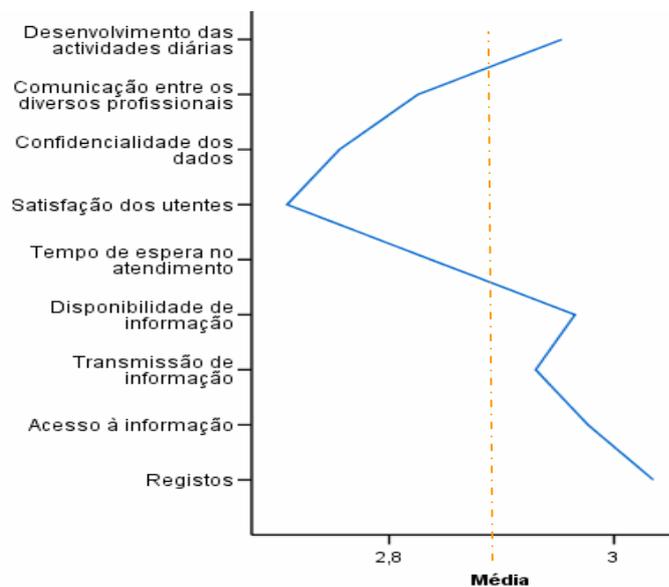
Classe Profissional	Avaliação global média
Médica	2,73
Enfermagem	2,90
Administrativa	3,04

Quadro 4.56 – Avaliação global geral média dos SI por género

Género	Avaliação global média
Masculino	2,86
Feminino	2,91

Verifica-se que a avaliação global geral dos SI é genericamente mediana para todos os profissionais. Os administrativos, são a classe profissional, que consideram os SI adequados à prática profissional diária, de uma forma mais optimista que os outros profissionais, havendo uma variância superior dos inquiridos do género feminino em termos de respostas positivas, tal como já se tinha verificado na análise descritiva (sub-capítulo 4.1).

Apresenta-se, em seguida, a pontuação média atribuída, numa escala de 1 a 4 (em que 1-Nada Adequado; 2-Pouco Adequado; 3-Adequado; 4-Muito Adequado), a cada um dos itens que compõem a escala “**Avaliação de aspectos gerais do(s) SI**”.



Média global 2,89

Figura 4.66 – Avaliação de aspectos gerais dos SI

O gráfico de perfil anterior e o quadro seguinte, sugerem que os aspectos com que os inquiridos se encontram mais **satisfeitos**, em termos de adequação do(s) SI são os seguintes:

- registos (3,03);
- acesso à Informação (2,98);
- disponibilidade de Informação (2,97);
- desenvolvimento das actividades diárias (2,95);
- transmissão de Informação (2,93).

4.3 – AVALIAÇÃO GLOBAL DOS SI EM TERMOS DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR GÉNERO E CLASSE PROFISSIONAL

Medir a produtividade da gestão é a chave para saber como investir nas tecnologias de informação. Melhorem a gestão antes de sistematizem ou automatizarem. Tornem a gestão mais produtiva, por meios electrónicos, se souberem onde, quando e como. Automatizem o sucesso, não o fracasso.

Crainer S. (1999) citando Paula Strassmann (1929)

Tomando por base as escalas analisadas no ponto anterior, resta agora conhecermos se existem diferenças significativas de opinião, quanto às mesmas por género e classe profissional⁵² dos inquiridos.

4.3.1 – Opinião dos profissionais de saúde do CHVR-PR relativamente à satisfação com recursos disponíveis para a realização da actividade profissional que desenvolvem na Instituição por género, e classe profissional

4.3.1.1 - Opinião dos profissionais de saúde do CHVR-PR relativamente à satisfação com recursos disponíveis para a realização da actividade profissional que desenvolvem na Instituição por género

Embora a apreciação dos inquiridos do género feminino, tenha sido menos favorável que a do género masculino em relação a todos os aspectos, tais diferenças não são estatisticamente significativas (Quadro 4.57). Para se aplicar o teste não paramétrico de Mann-Withney⁵³, tem de se verificar a igualdade da forma das duas distribuições⁵⁴.

⁵² Como todas as classes profissionais utilizam um SI específico para a sua área de saúde (SAM, SAPE e SONHO); pretende-se ao apresentar os dados por SI utilizado, referirmo-nos à classe da medicina, enfermagem e administrativa respectivamente.

⁵³ Versão não paramétrica do teste paramétrico para amostras independentes.

⁵⁴ Outputinferencial.spo.

Quadro 4.57 – Testes de Mann-Whitney

	Género	N	Classificação Média	p
Recursos materiais disponíveis	Masculino	38	47,78	0,34
	Feminino	51	42,93	
Recursos humanos disponíveis	Masculino	38	49,16	0,16
	Feminino	51	41,90	
Formação literária	Masculino	38	46,61	0,56
	Feminino	51	43,80	
Formação profissional	Masculino	38	48,99	0,16
	Feminino	51	42,03	

4.3.1.2. - Opinião dos profissionais de saúde do CHVR-PR relativamente à satisfação com recursos disponíveis para a realização da actividade profissional que desenvolvem na Instituição por classe profissional

As hipóteses do teste não paramétrico Kruskal-Wallis são as seguintes:

- H_0 : As distribuições dos três grupos profissionais são iguais em tendência central;
- H_1 : Existe pelo menos um grupo que difere em tendência central.

Quadro 4.58 – Testes de Kruskal-Wallis

Aspectos	Classe Profissional	N	Ordenação Média	p
Recursos materiais disponíveis	médica	30	43,2	0,11
	enfermagem	30	52,9	
	administrativa	30	40,4	
Recursos humanos disponíveis	médica	30	43,8	0,89
	enfermagem	30	46,4	
	administrativa	30	46,3	
Formação literária	médica	30	46,8	0,39
	enfermagem	30	48,7	
	administrativa	30	41,1	
Formação profissional	médica	30	48,4	0,08
	enfermagem	30	50,4	
	administrativa	30	37,7	

Embora a apreciação dos administrativos tenha sido menos favorável em relação a praticamente todos os aspectos, tais diferenças não são estatisticamente significativas.

4.3.2 - Avaliação global da satisfação dos profissionais de saúde no desempenho profissional com base na utilização do SI por género e classe profissional

4.3.2.1. - Avaliação global da satisfação profissional por género

O gráfico de perfil sugere que a satisfação global profissional média dos homens é ligeiramente superior à das mulheres.

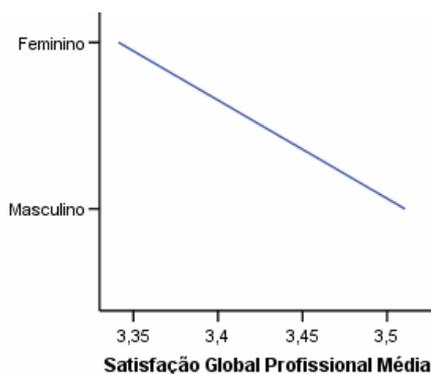


Figura 4.67 – Gráfico de perfil

Pretende-se, assim, saber se o nível de satisfação profissional global médio dos funcionários do sexo masculino e feminino cujos valores são respectivamente iguais a 3,51 e 3,34, provêm de populações com os mesmos níveis de satisfação médios.

A inferência da relação observada na amostra sobre as médias é feita através do teste t , enquanto que a inferência sobre as dispersões é feita através do teste de Levene para a igualdade das variâncias, cujas hipóteses são:

- H_0 : A variância das satisfações profissionais médias não difere consoante o género;
- H_1 : A variância das satisfações profissionais médias difere consoante o género.

O nível de significância do teste de Levene é 0,083, levando para um nível de significância de 0,05 à não rejeição da hipótese de igualdade das variâncias.

Como a suposição da homogeneidade da variância não foi violada, deve ser utilizado o teste t que assume variâncias iguais. O nível de significância do teste t , 0,168, leva para um nível de significância de 0,05, à não rejeição da hipótese nula que diz que os níveis médios de satisfação profissional global não diferem consoante o género⁵⁵.

⁵⁵ Ver Quadro IV - Anexo D.

4.3.2.2 - Avaliação global da satisfação profissional por classe profissional

A questão que se coloca é saber se as diferenças observadas na satisfação média das classes⁵⁶ (3,41; 3,53; 3,27), são ou não estatisticamente significativas. O facto das observações serem independentes umas das outras, juntamente com a verificação da simetria e da homocedasticidade permite prosseguir com o One-Way ANOVA. O nível de significância do teste F é 0,210 ($>0,05$), o que leva à não rejeição da hipótese nula, que diz que os níveis médios de satisfação global profissional não diferem consoante a classe profissional.

4.3.3 - Opinião dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com o SI que utilizam no dia a dia por género e classe profissional.

4.3.3.1 - Opinião dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com o SI que utilizam no dia a dia por género

Aplicando o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, as hipóteses são:

- H_0 : As duas populações são iguais em tendência central;
- H_1 : As duas populações não são iguais em tendência central.

⁵⁶ “Médicos”; enfermeiros”; “administrativos”.

Quadro 4.59 – Testes de *Mann-Whitney*, relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por género

	Género	N	Ordenação Média	p
A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	Masculino	38	40,80	0,17
	Feminino	51	48,13	
Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	Masculino	38	46,88	0,53
	Feminino	51	43,60	
As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	Masculino	37	38,82	0,08
	Feminino	50	47,83	
A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	Masculino	38	47,63	0,37
	Feminino	51	43,04	
As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional	Masculino	38	48,07	0,28
	Feminino	51	42,72	
Os SI evitaram a perda de informação	Masculino	38	49,86	0,10
	Feminino	51	41,38	
O período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação	Masculino	34	37,06	0,21
	Feminino	46	43,04	
Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	Masculino	38	42,93	0,50
	Feminino	51	46,54	
A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	Masculino	38	44,41	0,84
	Feminino	51	45,44	
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	Masculino	38	46,33	0,66
	Feminino	51	44,01	
Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente	Masculino	38	45,91	0,76
	Feminino	51	44,32	
Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	Masculino	38	43,82	0,70
	Feminino	51	45,88	
Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente	Masculino	38	43,92	0,72
	Feminino	51	45,80	
Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	Masculino	38	44,55	0,88
	Feminino	51	45,33	
Considera o SI, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional	Masculino	38	43,96	0,85
	Feminino	50	44,91	

Como se pode verificar pelo quadro anterior, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de opinião por género relativamente a nenhuma das afirmações.

4.3.3.2 - Opinião dos profissionais do CHVR-PR relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por classe profissional

Verificando-se a igualdade da forma das distribuições, vai utilizar-se o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

Quadro 4.60 – Testes de *Kruskal-Wallis* relativamente a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por sistema de informação utilizado

	Sistema de Informação	N	Ordenação Média	p
A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	SAM	30	28,53	0,00
	SAPE	30	63,38	
	SONHO	30	44,58	
Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema	SAM	30	46,55	0,39
	SAPE	30	49,27	
	SONHO	30	40,68	
As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	SAM	30	26,33	0,00
	SAPE	30	54,83	
	SONHO	28	52,89	
A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional	SAM	30	39,43	0,14
	SAPE	30	51,98	
	SONHO	30	45,08	
As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional	SAM	30	44,50	0,60
	SAPE	30	43,10	
	SONHO	30	48,90	
Os SI evitaram a perda de informação	SAM	30	46,97	0,90
	SAPE	30	44,12	
	SONHO	30	45,42	
O período de tempo de sobreposição de registos e papel no sistema de informação	SAM	25	44,02	0,11
	SAPE	29	34,34	
	SONHO	27	45,35	
Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	SAM	30	34,97	0,01
	SAPE	30	54,92	
	SONHO	30	46,62	
A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	SAM	30	38,90	0,02
	SAPE	30	41,67	
	SONHO	30	55,93	
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	SAM	30	45,52	0,00
	SAPE	30	33,47	
	SONHO	30	57,52	
Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente	SAM	30	40,70	0,01
	SAPE	30	39,52	
	SONHO	30	56,28	
Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	SAM	30	40,53	0,01
	SAPE	30	39,32	
	SONHO	30	56,65	
Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente	SAM	30	36,90	0,02
	SAPE	30	44,40	
	SONHO	30	55,20	
Encontra-se mais motivado na sua activ. profissional desde que utiliza os SI	SAM	30	33,50	0,00
	SAPE	30	40,75	
	SONHO	30	62,25	
Considera o SI, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional	SAM	30	38,42	0,00
	SAPE	29	37,91	
	SONHO	30	58,43	

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de opinião no que respeita às seguintes afirmações:

- “A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema”;
- “As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema”;
- “Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel”;

- “A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional”;
- “Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição”;
- “Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente”;
- “Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições”;
- “Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente”;
- “Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI”;
- “Considera o SI, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional”.

Para se saber entre que grupos se verificam as diferenças significativas de opinião, foram utilizados testes de *Mann-Whitney*:

Quadro 4.61 – Testes de *Mann-Whitney* a aspectos relacionados com os SI que utilizam no dia a dia por sistema de informação utilizado

A formação realizada sobre SI contribui para o seu desempenho nesse sistema	Os testes de Mann-Whitney foram significativos entre os diferentes grupos: utilizadores de “SAM” e de “SONHO” ($p=0,004$), utilizadores de “SAPE” e de “SONHO” ($p=0,001$) e utilizadores de “SAPE” e utilizadores de “SAM” ($p=0,000$).
As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema	Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos que utilizam o “SAM” e o dos que utilizam o “SONHO” ($p=0,000$) e entre o grupo dos que utilizam o “SAM” e o dos que utilizam o SAPE” ($p=0,000$).
Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os suportes em papel	Os testes de Mann-Whitney foram significativos entre os seguintes grupos de utilizadores: “SAPE” e “SAM” ($p=0,002$).
A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional	Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas de opinião entre o grupo dos “utilizadores de SAM” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,002$) e entre o grupo dos “utilizadores de SAPE” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,025$).
Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da instituição	A opinião dos profissionais que utilizam o “SONHO” é significativamente mais favorável que a dos que utilizam o “SAM” ($p=0,032$) e a dos que utilizam o “SAPE” ($p=0,000$). Foram, ainda, encontradas diferenças estatisticamente significativas de opinião entre o grupo dos utilizadores de “SAM” e de “SAPE” ($p=0,039$).
Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente	Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas de opinião entre o grupo dos “utilizadores de SAM” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,017$) e entre o grupo dos “utilizadores de SAPE” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,008$).
Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação com outras instituições	A opinião dos profissionais que utilizam o “SONHO” é significativamente mais favorável que a dos que utilizam o “SAM” ($p=0,008$) e a dos que utilizam o “SAPE” ($p=0,013$).
Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente	Os testes de Mann-Whitney foram significativos entre os seguintes grupos: “utilizadores de SAM” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,003$).
Encontra-se mais motivado na sua actividade profissional desde que utiliza os SI	A opinião dos profissionais que utilizam o “SONHO” é significativamente mais favorável que a dos que utilizam o “SAM” ($p=0,000$) e a dos que utilizam o “SAPE” ($p=0,000$).
Considera o SI, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional	Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas de opinião entre o grupo dos “utilizadores de SAM” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,001$) e entre o grupo dos “utilizadores de SAPE” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,000$).

4.3.4 - Opinião dos profissionais do CHVR-PR sobre a adequação do SI em termos de aspectos gerais por género e classe profissional.

4.3.4.1 - Opinião dos profissionais do CHVR-PR sobre a adequação do SI em termos de aspectos gerais por género

Aplicando o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, as hipóteses são:

- H_0 : As duas populações são iguais em tendência central;
- H_1 : As duas populações não são iguais em tendência central.

Quadro 4.62 – Testes de *Mann-Whitney* sobre a adequação do SI em termos de aspectos gerais por género

	Género	N	Ordenação Média	P
Registos	Masculino	38	43,2	0,56
	Feminino	50	45,5	
Acesso à informação	Masculino	38	44,9	0,98
	Feminino	51	45,0	
Transmissão de informação	Masculino	38	45,1	0,96
	Feminino	51	44,9	
Disponibilidade de informação	Masculino	38	46,6	0,53
	Feminino	51	43,8	
Tempo de espera no atendimento	Masculino	38	47,2	0,42
	Feminino	51	43,4	
Satisfação dos clientes	Masculino	38	45,5	0,71
	Feminino	50	43,8	
Confidencialidade dos dados	Masculino	38	43,5	0,72
	Feminino	50	45,2	
Comunicação entre os diversos profissionais	Masculino	38	40,5	0,15
	Feminino	50	47,5	
Desenvolvimento das actividades diárias	Masculino	37	42,2	0,43
	Feminino	51	46,1	

Como se pode verificar pelo quadro anterior, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas de opinião por género, relativamente a nenhum dos itens em análise.

4.3.4.2 - Opinião dos profissionais do CHVRPR relativamente a aspectos gerais dos SI por classe profissional

As hipóteses do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* são as seguintes:

- H_0 : As distribuições dos três grupos são iguais em tendência central;
- H_1 : Existe pelo menos um grupo que difere em tendência central.

Quadro 4.63 – Testes de *Kruskal-Wallis* relativamente a aspectos gerais dos SI por tipo de sistema de informação utilizado

	Sistema de Informação	N	Ordenação Média	p
Registos	SAM	29	39,57	0,10
	SAPE	30	45,03	
	SONHO	30	50,22	
Acesso à informação	SAM	30	41,50	0,07
	SAPE	30	42,85	
	SONHO	30	52,15	
Transmissão de informação	SAM	30	38,80	0,04
	SAPE	30	44,98	
	SONHO	30	52,72	
Disponibilidade de informação	SAM	30	43,23	0,75
	SAPE	30	47,30	
	SONHO	30	45,97	
Tempo de espera no atendimento	SAM	30	42,52	0,01
	SAPE	30	38,57	
	SONHO	30	55,42	
Satisfação dos clientes	SAM	30	39,13	0,06
	SAPE	29	43,62	
	SONHO	30	52,20	
Confidencialidade dos dados	SAM	30	36,55	0,00
	SAPE	30	57,87	
	SONHO	29	40,43	
Comunicação entre os diversos profissionais	SAM	30	38,92	0,09
	SAPE	30	44,18	
	SONHO	29	52,14	
Desenvolvimento das actividades diárias	SAM	30	34,10	0,00
	SAPE	30	46,48	
	SONHO	29	54,74	

Como se pode verificar pelo quadro anterior, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de opinião no que respeita à “Transmissão de informação”, ao “Tempo de espera no atendimento”, “Confidencialidade dos dados” e “Desenvolvimento das actividades diárias”.

Para se saber entre que grupos se verificam as diferenças significativas de opinião, foram utilizados testes de *Mann-Whitney*:

Quadro 4.64 – Testes de *Mann-Whitney* sobre aspectos gerais dos SI por tipo de sistema de informação utilizado

Transmissão da Informação	A opinião dos profissionais que utilizam o “SONHO” é significativamente mais favorável que a dos que utilizam o “SAM” ($p=0,012$).
Tempo de espera no atendimento	Os testes de <i>Mann-Whitney</i> foram significativos entre os diferentes grupos: “utilizadores de SAM” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,023$) e “utilizadores de SAPE” e “utilizadores de SONHO” ($p=0,002$).
Confidencialidade dos dados	Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas de opinião entre o grupo dos profissionais que utilizam o “SAM” e os que utilizam o SAPE” ($p=0,000$) e entre os que utilizam o “SAPE” e os que utilizam o “SONHO” ($p=0,005$).
Desenvolvimento das actividades diárias	A opinião dos profissionais que utilizam o “SAM” é significativamente menos favorável que a dos que utilizam o “SONHO” ($p=0,001$) e que a dos que utilizam o “SAPE” ($p=0,034$).

CAPÍTULO V

Reflexões finais

Adquirir informação, é dispor dela em permanência. Seja qual for o processo de aquisição, o ente informado (ou antes, enformado) torna-se mais complexo, os seus elementos diferenciam-se e organizam-se melhor, existindo uma evolução neguentrópica.

Pio, A. (1997)

Com o novo conceito de gestão hospitalar, mais orientado para uma gestão de tipo empresarial, consagrando e consolidando linhas de força de formas inovadoras de gestão, no sentido de otimizar a sua actividade, deparamo-nos com um novo paradigma, onde parece não haver dúvidas que de uma forma geral, o funcionamento adequado das organizações de saúde, passa pelo controle da informação e também por combinar a satisfação dos profissionais de saúde.

Tendo por base a utilização diária de um sistema informático, ferramenta indispensável e obrigatória no CHVR-PR, visa-se melhorar o desempenho dos seus profissionais enquanto utilizadores do sistema, apontando os aspectos que mais beneficiam o desempenho profissional de modo a contribuir para a obtenção de uma maior eficácia e eficiência organizacional. Para isso, a organização hospitalar deverá facultar um ambiente facilitador, proporcionando-lhes todos os meios que necessitam para que estes possam tomar decisões de forma adequada, recorrendo a toda a informação disponível, direccionando as actuações dos profissionais para os objectivos da organização. Tudo isto leva-nos a afirmar que a necessidade de informação na dinâmica organizacional tem crescido face ao intenso ritmo de mudanças na sociedade contemporânea e em sua consequência a dinâmica das organizações de saúde e todos os seus membros.

Como se trata de um tema contemporâneo, o presente estudo, como investigação científica que é, muito mais que dar respostas e conclusões, pretende propor uma reflexão sobre as variáveis que envolvem o sistema de informação hospitalar. A começar pelo elemento humano envolvido e as suas particularidades à luz do seu percurso pessoal e profissional até ao processo de implementação do próprio sistema.

Partimos assim, para esta investigação com a percepção de que a introdução dos SI nas organizações de saúde iriam conduzir a uma melhoria generalizada das práticas da gestão hospitalar, através de uma maior satisfação de todos os seus profissionais.

Esta percepção levou-nos, como já tivemos oportunidade de referir, à colocação das seguintes questões inerentes à nossa hipótese de investigação: Estará a satisfação dos profissionais utilizadores do SI do CHVR-PR, relacionada com o seu desempenho no

próprio sistema? Ou, será que a satisfação está relacionada com a forma como se deu o processo de implementação do SI hospitalar? Ou ainda, qual a percepção dos utilizadores internos (médicos, enfermeiros e administrativos) sobre o impacto da introdução dos SI na gestão organizacional? À medida que avançamos na investigação, estas questões conduziram-nos a uma resposta que, de alguma forma, era por nós esperada. As análises anteriormente efectuadas demonstram que existe, realmente, uma relação entre o sentimento de satisfação dos profissionais e as componentes utilização do SI, qualidade ou aspectos gerais do SI e processo de implementação. Dito de outra forma, e de uma maneira geral, os nossos inquiridos dizem-se satisfeitos não só pela avaliação que fazem como utilizadores do SI mas, também, pela forma como este contribui, e pode vir a contribuir, ainda mais, para a flexibilização e desburocratização das prática de gestão.

Retomando algumas das conclusões que foram sendo retiradas ao longo deste estudo, podemos agora em simultâneo, responder às principais questões com que nos deparamos no início da nossa investigação e verificar a hipótese de investigação.

Quem são os utilizadores de um SI hospitalar, no CHVR-PR?

São indivíduos maioritariamente do género feminino, casados, com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos (o que reflecte uma média de 43 anos de idade). A totalidade dos inquiridos utiliza SI no seu dia-a-dia de trabalho. Dos 90 profissionais inquiridos, 30 respondem utilizar o SONHO, 30 afirmam utilizar SAPE e 30 o SAM.

Qual o percurso formativo dos profissionais utilizadores de um SI?

São maioritariamente licenciados, onde se incluem todos os médicos e enfermeiros. Em relação aos administrativos, o nível de habilitações não vai além do 3º ciclo do ensino básico.

Na carreira hospitalar, qual a categoria profissional que detém os utilizadores do SI?

Na classe médica, o destaque vai para a categoria de Assistente Hospitalar, onde maioritariamente os profissionais são do género feminino. A categoria dos enfermeiros com maior expressão, corresponde à dos Enfermeiros Graduados, sendo na sua maioria profissionais do género feminino. Em relação aos administrativos, a categoria com mais

relevo foi a representada na sua maioria pelos Assistentes Administrativos Principais, com uma percentagem ligeiramente superior de indivíduos do género masculino.

Qual é a situação profissional actual, em termos de vínculo, tempo de serviço e funções desempenhadas?

No que toca ao tipo de vínculo à Instituição, o grupo mais representado na amostra recolhida é o dos inquiridos pertencentes ao Quadro com nomeação por tempo indeterminado.

No que diz respeito ao tempo de serviço, a grande maioria dos profissionais trabalha em média há 10 anos. A trabalhar no hospital regista-se uma média de 15 anos e em termos de Tempo total de Serviço verifica-se uma média de 19 anos. Os médicos trabalham, em média, há mais anos nos serviços que os enfermeiros e que os administrativos. Por sua vez, os administrativos são os que afirmam trabalhar em média há mais anos no Hospital. Em termos do número médio total de anos de serviço o destaque vai para a classe médica, existindo uma diferença estatisticamente significativa de número total de anos de serviço entre o grupo dos médicos e o dos enfermeiros.

Em relação às funções desempenhadas fora da instituição hospitalar, a larga maioria dos inquiridos afirma não acumular qualquer tipo de funções fora do Centro Hospitalar Vila Real – Peso da Régua. O não acumular funções, é mais usual nos administrativos. Os médicos são de todos os profissionais, aqueles que mais acumulam funções fora do CHVR-PR. O não acumular funções fora da instituição é mais frequente entre os funcionários do género feminino.

Conhecidas as respostas às primeiras quatro questões base sobre o percurso profissional e formativo dos utilizadores do SI, partimos para a análise mais pormenorizada sobre a Percepção destes profissionais sobre a implementação e utilização dos SI hospitalar. Nesse sentido, a primeira questão que se coloca é:

Existirá uma relação adequada dos profissionais de saúde utilizadores de um SI, no que diz respeito aos recursos disponíveis para a realização das suas funções?

Relativamente ao papel desempenhado pelos profissionais do CHVR-PR, em termos de recursos disponíveis, os inquiridos na sua grande maioria parecem satisfeitos declarando que os recursos disponíveis estão adequados às suas actividades. É sobretudo na formação

literária e profissional onde os profissionais revelam maior satisfação. O seu maior desagrado vai para os recursos humanos. Embora a apreciação dos inquiridos do género feminino tenha sido menos favorável em relação aos quatro aspectos em análise (Recursos materiais, Recursos Humanos, Formação literária e Formação profissional) tais diferenças não são estatisticamente significativas. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de avaliação por classe profissional.

Até que ponto a formação dos profissionais utilizadores de um SI é um vector importante para facilitar a sua implementação e adesão?

Ter conhecimentos de informática é menos frequente entre profissionais com idade superior a 50 anos. Contudo, a larga maioria dos inquiridos já possuíam conhecimentos de informática de nível básico, antes de os SI terem sido implementados, sendo que estes conhecimentos contribuíram para a grande maioria dos respondentes, como um factor positivo no desempenho com o próprio sistema, facilitando a adesão ao mesmo. Também a formação efectuada aos utilizadores sobre esta ferramenta de trabalho, contribuiu para a sua adesão. Nesta formação estiveram presentes uma larga percentagem de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e administrativos) mas de todos os eles, são os médicos, os profissionais que menos frequentaram a mesma. É, aliás, provável que exista uma relação de dependência entre o tipo de sistema de informação utilizado no dia a dia de trabalho e o facto de terem frequentado ou não um processo de formação.

A formação, é no âmbito geral, considerada por todos os respondentes, como um vector importante para facilitar a adesão e implementação do SI. A confirmar o exposto, encontram-se uma percentagem significativa de profissionais de saúde que avaliam a formação positivamente, ou seja, para eles a formação foi suficiente, boa e muito boa e através dela poderão compreender o que é o SI que vão utilizar? Qual a finalidade da sua introdução? e Que vantagens poderão retirar do mesmo na gestão das práticas diárias?.

Os profissionais que frequentaram a formação em horário de trabalho bem como aqueles que já possuíam conhecimentos informáticos, manifestam-se significativamente mais favoráveis em relação ao processo de formação do que todos os outros.

Conclui-se, portanto, que possuir conhecimentos de informática facilita a implementação e adesão ao sistema de informação, e que apesar disso, a formação em sala contribui para o desempenho adequado na utilização desta ferramenta. Factor importante, é o

facto dos profissionais não terem que dispor do seu tempo para esta formação, podendo fazê-la em horário laboral.

Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a utilização diária dos SI na organização das actividades decorrentes do dia a dia de trabalho?

A opinião dos profissionais de saúde enquanto utilizadores do SI hospitalar é no geral muito satisfatória. A larga maioria entende que as informações existentes na base de dados do SI facilitam muito o registo da sua actividade profissional, evitam perdas de informação, possibilitam a continuidade de cuidados ao cliente, facilitam a comunicação com outras organizações de saúde, reflectindo-se tudo isto, em ganhos em saúde para o cliente. O SI é portanto, percebido como uma ferramenta de trabalho com utilidade para a actividade profissional dos respondentes. A sua utilização é uma mais valia para os profissionais de saúde, dado que uma grande percentagem de inquiridos considera que a utilização do SI nas práticas diárias, os motiva e valoriza a sua actividade. Outro factor importante que contribui para a satisfação dos inquiridos é o facto de os postos de trabalho estarem adequados em número e localização para que seja possível realizar os registos das suas praticas, bem como consultar toda a informação disponível para eventuais tomadas de decisão.

Mais uma vez, a importância atribuída à formação realizada, aos conhecimentos de informática assim como as estratégias de implementação do sistema, foram medidas que na opinião da maioria dos respondentes, contribuíram positivamente para a sua satisfação com a utilização do SI manifestando-se pelo seu desempenho no mesmo. Também o tempo de transição dos registos em papel para sistema informático foi considerado pela grande maioria dos respondentes como sendo adequado, permitindo que após esse período, os SI viessem possibilitar reduzir os suportes em papel, tão necessários para o registo de todas as actividades.

A mudança organizacional, é uma consequência inerente da sociedade actual para as organizações que pretendam sobreviver e vencer. No CHVR-PR são cada vez mais as mudanças que se observam e a introdução dos SI (inovação para algumas classes profissionais: médicos e enfermeiros) influenciaram o processo de mudança organizacional de forma positiva, pelo menos é a opinião de um grande número de profissionais de saúde.

Apesar dos profissionais de saúde se manifestarem satisfeitos com a utilização do SI, na sua larga maioria, a opinião difere em alguns aspectos de acordo com a classe profissional. Assim, ao que parece, a opinião dos médicos é menos satisfatória em relação aos outros profissionais no que diz respeito às estratégias de implementação, à redução dos suportes em papel, à informação produzida pelos SI, aos ganhos em saúde para o cliente, à comunicação com outras instituições, à possibilidade de continuidade dos cuidados ao cliente; à motivação e valorização profissional e ainda de forma menos positiva com o facto de considerarem o SI como uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade. Os enfermeiros destacam pela positiva a formação realizada, a redução dos suportes em papel e a mudança organizacional decorrente da introdução dos SI.

Os administrativos são a classe profissional, que no geral evidencia uma atitude mais positiva em relação a todos os outros, dado que demonstraram uma maior satisfação em relação à informação que é produzida pelo SONHO, sendo que esta ferramenta de trabalho é encarada com utilidade para a sua actividade profissional, motivando-os para um melhor desempenho profissional e ao mesmo tempo que valoriza a sua profissão. A utilização do SONHO veio permitir a comunicação com outras organizações de saúde, a continuidade dos cuidados ao cliente, resultando em ganhos em saúde para o mesmo.

Será que os SI se adequam à actividade profissional dos seus utilizadores?

A opinião generalizada dos inquiridos é a de que os SI se adequam aos diversos aspectos em análise. Nesse sentido, a larga maioria avalia positivamente o sistema informático em termos registos, ao acesso à informação, à disponibilidade de informação, à transmissão de informação, ao desenvolvimento das actividades diárias, ao tempo de espera no atendimento, à confidencialidade dos dados, à comunicação entre os diversos profissionais e à satisfação dos clientes.

Apesar de todas as classes profissionais considerarem que os SI se adequam à sua actividade profissional, os médicos são novamente aqueles, evidenciam maior insatisfação nomeadamente em relação à transmissão de informação, à confidencialidade dos dados e ao desenvolvimento das suas actividades diárias. Também, os administrativos, manifestam preocupação acrescida quanto à confidencialidade dos dados. Já os enfermeiros, estão mais preocupados com o tempo de espera no atendimento dos clientes, facto que poderá relacionar-se com a falta de prática no próprio sistema.

Como é que os utilizadores do SI hospitalar, avaliam o processo de implementação?

Em relação ao processo de implementação do SI, os profissionais de saúde começam por destacar algumas vantagens e desvantagens da utilização do mesmo. Nesse sentido, os administrativos consideram como maiores vantagens o acesso mais fácil à informação, a melhor precisão e organização da informação e dos registos e melhor desenvolvimento das actividades diárias. Os enfermeiros, destacam a melhor precisão e organização da informação, a uniformização da linguagem, o acesso mais fácil à informação e o melhor atendimento e desenvolvimento das actividades diárias. Os médicos destacam sobretudo o acesso mais fácil à informação, logo seguido da melhor precisão e organização da informação, melhor atendimento e desenvolvimento das actividades diárias e ainda a uniformização da linguagem. Apesar das vantagens mencionadas, os profissionais de saúde consideram que a utilização diária dos SI acarreta algumas desvantagens que os administrativos assumem como o facto de ficarem sem fonte de informação, sempre que há falta a energia ou ocorre uma avaria no sistema, as dificuldades técnicas e actualizações feitas em horários pouco compatíveis e ainda a preocupação manifestada com o fim do sigilo médico. Os enfermeiros, focalizam em especial, o aumento no tempo de espera causado pela demora na efectuação dos registos, as dificuldades técnicas e as actualizações feitas em horários pouco compatíveis e ainda a falta de fonte de informação na presença de uma avaria e sempre que há falta a energia. Os médicos receiam mais as dificuldades técnicas ou actualizações feitas em horários pouco compatíveis, o facto de ficarem sem fonte de informação sempre que falta a energia ou ocorre uma avaria, com a ocorrência de duplicação de informação em papel e no sistema, com o fim do sigilo médico e com a demora na efectuação de registos com consequente aumento no tempo de espera para o cliente.

Com a implementação do sistema, efectuaram-se adaptações estruturais e organizacionais, que os administrativos classificaram como uma maior rentabilização das tarefas e da própria organização, eliminação do suporte em papel, aumento de trabalho, melhoria na base de dados e aquisição de novo material. Para mais de metade dos enfermeiros, a aquisição de novo material foi o que mais se destacou logo seguido da eliminação do suporte em papel e o passar a fazer registos em suporte electrónico. Por último, os médicos também consideram a aquisição de novo material, a rentabilização das tarefas e sua organização, o fazer registos electrónicos e ainda a melhoria continua na base

de dados como adaptações mais mencionadas. Contudo, os profissionais de saúde indicaram algumas barreiras que estarão na origem ou não da dificuldade em implementar o sistema informático. Para metade dos administrativos, as dificuldades prendem-se com as barreiras relacionadas com o funcionamento do programa, a falta de colaboração e cooperação dos profissionais e a falta de formação. Os enfermeiros, distinguem a falta de colaboração e cooperação dos profissionais, a falta de motivação dos mesmos, o período longo de tempo entre a formação e a aplicação prática do SI e existência numa fase inicial de poucos terminais bem como a falta de espaço para colocar os mesmos. Para os médicos, as principais barreiras são a falta de colaboração e cooperação, a falta de formação e dificuldades relacionadas com o funcionamento do programa.

Segundo a opinião dos profissionais de saúde inquiridos, o CHVR-PR poderia ter implementado um conjunto de medidas para colmatar as barreiras sentidas pelos seus utilizadores, que na opinião de mais de metade dos administrativos, seriam maior investimento na formação e organização de sessões de esclarecimento. O incentivo à auto-motivação bem como sessões de esclarecimento, são por sua vez as medidas mais indicadas pelos enfermeiros. Também para mais de metade dos médicos, a formação e sessões de esclarecimento são as medidas que assumem real importância.

Assim se conclui, na opinião dos médicos, enfermeiros e administrativos, que a introdução do sistema de informação no CHVR-PR veio permitir que este conquistasse determinados benefícios entre os quais a possibilidade de maior organização profissional, maior celeridade no atendimento dos clientes, acesso mais rápido e fácil à informação conduzindo a uma maior satisfação dos profissionais e dos clientes e ainda permitindo uma interligação com outros serviços e organizações, registando electronicamente a informação e conseguindo a cada dia eliminar registos em papel.

Após as conclusões citadas, extraídas da análise dos dados recolhidos, consideramos que à medida que decorria a realização deste estudo, mais certeza tínhamos da pertinência do mesmo. No contexto do CHVR-PR, onde cada vez mais se procura inovar implicando para isso, os profissionais de saúde, não são de admirar os resultados obtidos. Não devemos ficar indiferentes, pois as percepções dos médicos, enfermeiros e administrativos são traduzidos em números e percentagens. Não pode haver indiferença perante os resultados, focalizando a atenção nos resultados menos bons, no sentido de permitir caminhar para uma efectiva

melhoria organizacional. Claro que temos que ter em linha de conta, as características do próprio sistema e os seus utilizadores.

Por tudo o que nos foi permitido verificar, podemos concluir que a nossa hipótese de investigação, Ho: A introdução dos sistemas de informação ao nível hospitalar contribui, de forma significativa, para a obtenção de uma maior eficácia e eficiência organizacional, se confirma, ainda que de forma ténue. A título de exemplo refira-se o destaque, positivo, atribuído pelos nossos inquiridos, à dimensão “Vantagens da Utilização dos Sistemas de Informação” na qual são evidenciados como vantagens organizacionais a facilidade de comunicação quer interna quer externa, a continuidade dos cuidados ao cliente, a actualização permanente dos registos, a motivação dos profissionais que os utilizam, a valorização da actividade profissional e os ganhos em saúde para o cliente. Referem ainda, dentro desta mesma dimensão que a introdução dos SI, enquanto ferramenta de trabalho com utilidade, influenciaram o processo de mudança organizacional.

Com a realização desta investigação, podemos constatar que de uma maneira geral, os médicos, enfermeiros e administrativos estão satisfeitos com o sistema de informação que utilizam. É importante não esquecer que se trata de uma inovação no CHVR-PR na procura de uma maior eficácia e eficiência organizacional, estando para isso envolvido um número significativo de profissionais quer na implementação, quer na utilização do SI, com características próprias e que a elas se deverá prestar atenção. Este facto torna-se relevante, uma vez que o CHVR-PR introduziu esta mudança organizacional há pouco tempo, em especial para a classe dos enfermeiros e que apesar disso se conseguem obter dados que permitem, na nossa opinião, ao CHVR-PR prosseguir com a informatização dos restantes serviços do hospital e talvez alargar a informatização para as restantes classes profissionais.

Com a realização deste estudo, pensamos ter contribuído, de uma forma generalista, para a discussão sobre as diversas componentes de implementação e utilização dos SI e em particular para o conhecimento dos factores determinantes da satisfação dos profissionais no que toca à sua percepção como utilizadores e adequação do SI.

Esperamos assim, que todas as conclusões que aqui foram sendo apresentadas permitam a quem gere estas organizações de saúde, nomeadamente ao CHVR-PR:

- Responsabilizar e envolver o departamento de informática do CHVR-PR, para uma resposta mais rápida às dificuldades sentidas pelos utilizadores do SI. O reforço de profissionais nesta área é um desafio;

- Apostar na formação. Aproveitar por exemplo, o facto dos administrativos enfermeiros e médicos trabalharem em conjunto com outros elementos da mesma equipa, ainda que o façam de uma forma individualizada, organizando sessões informais de esclarecimento, fazendo a ponte entre o mundo informático e a sua aplicação na prática profissional; quem sabe até possibilitar a realização de um curso de informática para os profissionais interessados;
- Envolver todos os profissionais, enquanto sujeitos activos na utilização do SI, permitindo a sua participação no desenvolvimento do *software* de cada classe profissional, organizando grupos de trabalho representativos das classes;
- Encarar a mudança organizacional na perspectiva da gestão organizacional, não esquecendo como factor determinante a envolvente da satisfação dos seus profissionais, implementando ao nível do funcionamento interno do hospital, mecanismos estimuladores das sinergias necessárias à reorganização do trabalho, de forma a que os utilizadores do SI contribuam para que a organização se mostre, cada vez mais, eficiente ao nível de todo o seu desempenho.

Aos chefes e responsáveis de cada classe profissional, recomenda-se incentivo e motivação dos seus colaboradores para o uso do SI. Aos profissionais de saúde, em particular, recomenda-se maior empenho na utilização do mesmo, de forma a obter do sistema a sua potência máxima, utilizando-o em seu proveito, no que respeita aos possíveis benefícios que daí possam advir para facilitar a sua prática profissional, e em consequência desenvolver as suas qualificações, dando resposta à rapidez e flexibilidade do equipamento tecnológico na procura da satisfação profissional.

Para concluirmos, dir-se-ia que, apesar de tudo o que foi dito ao longo desta investigação, muito trabalho fica por realizar, muitos conceitos ficam por operacionalizar, assim como outras abordagens consequentes têm de ser reforçadas teórica e empiricamente.

A adequada interpretação dos resultados, requer que se tornem explícitas as principais limitações com que nos deparámos ao longo da investigação.

Só o facto deste estudo, envolver pessoas, torna-o mais difícil de realizar, pois interferir ao nível comportamental requer, à partida, o envolvimento de uma série de equipas diferenciadas, dado que, em ciências organizacionais, onde se insere o comportamento organizacional, existe uma diversidade teórica, metodológica e pedagógica que as caracterizam. Este foi, quanto a nós, um dos principais problemas com que nos fomos debatendo ao longo da nossa investigação.

Outra grande limitação, prende-se com o método de recolha de dados por nós utilizado. O termos recolhido a informação numa única organização de saúde, envolvendo três classes profissionais, limitou, de alguma forma, a análise concreta de outras realidades relacionadas. Uma análise mais extensiva e participativa na acção desenvolvida, teria certamente permitido uma análise mais exaustiva do mesmo. Contudo, penetrar no sector da saúde, independentemente do fim a que se destina, é desde logo, uma preocupação dominante, quer para quem procura obter informações, quer para quem lhe é pedido que as ceda. Também, a fraca existência de hospitais informatizados, na região em análise, para as três classes profissionais foi, desde logo, uma grande limitação.

Uma última limitação, a referir, relaciona-se com o facto de não se terem efectuado estudos comparativos (devido ao limite temporal da investigação) no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a relação dos SI e as práticas de gestão organizacional, vistas através da satisfação dos seus utilizadores (profissionais de saúde).

Apesar do provável contributo desta investigação para uma melhor percepção do impacto dos Sistemas de Informação na gestão organizacional, seria de todo importante que outras investigações viessem consolidá-la, em termos de número de profissionais e envolvendo até outras organizações de saúde. Este estudo limitou-se a focalizar apenas o Hospital São Pedro em Vila Real, pelo que sugerimos, assim, que este tipo de investigação seja aludido a uma maior número de organizações de saúde, que se encontrem informatizadas a este nível. O CHVR-PR, desde meados de 2007, que recebeu a designação de Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e dele passaram a fazer parte quatro hospitais, o Hospital São Pedro (Vila Real), o Hospital D. Luiz I (Peso da Régua), o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego. Seria, assim, interessante, futuramente, proceder a nova investigação inserindo na unidade de análise pelo menos estas quatro unidades hospitalares.

Acreditamos, ainda assim, com este estudo, ter sido possível inovar, no conhecimento proporcionado, que agora colocamos ao dispor de toda a comunidade e da organização sujeita ao estudo. Tratando-se de um tema actual, com interesse nacional, ficamos com a clara noção de que este trabalho de investigação que agora damos por concluído, se encontra inacabado, pretendendo ser o início de muitos outros estudos, de forma mais aprofundada, relativamente a esta temática que se torna cada vez mais abrangente.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, F. (1992). O tratamento da informação: Que Futuro? “Dirigir”. Lisboa, (Julho/Agosto). Nº 25, pp. 37-40.
- AMARAL, L. (2000). *Planeamento de Sistemas de Informação*. Lisboa: Editora Informática
- ANDRÉ, O; NEVES, A. (2001). A satisfação profissional dos enfermeiros em serviços de urgência. “Nursing”, Lisboa: (Julho/Agosto). Nº 157.
- BARANÃNO, A. M. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- BARLIN, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BÉRESNIAK, A., DURU, G. (1999). *Economia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BISPO, P (2007). *O valor das competências comportamentais*. Disponível em <http://www.sebrae-sc.com.br/newart/default.asp?materia=14219> acessado em 23/10/2007.
- BRANDÃO, H. P.; GUIMARÃES, T. A. (2001). “Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo?”, *Revista de Administração de Empresas*, Vol. 41 (1), pp. 8-15.
- CAETANO, A.; VALA, J. (2002). *Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Editora RH.
- CAMPOS, A. C (2003). Hospital-empresa: Crónica de um nascimento retardado. “*Revista Portuguesa de Saúde Pública*”, Volume 21 (1), pp. 23-33.
- CANNON, P., (1999). *A gestão dos paradoxos do século XXI: uma revolução na gestão*. Lisboa: Instituto Piaget.
- CAPGEMINI (2005). *Tecnologias de Informação de Serviços de Saúde e Registo Electrónico de Dados – Implicações para os Serviços de Saúde*. Capgemini. Disponível em <http://www.semanainformatica.xl.pt/745/act/100.shtml>, acessado em 19/10/2007.
- CARMO, M.; PASSOS, A. CAETANO, A. (2000). “Mudança organizacional e gestão de recursos humanos no sector da saúde: análise de casos”, in *Mudança organizacional e gestão de recursos humanos*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional, pp. 263-280.
- CARMO, M.; VENTURA, E. (2003). “Processos de mudança nas estruturas das organizações de saúde”, *Sinais Vitais*, Nº 48, pp. 23-27.
- CARRASQUEIRO, S. (2007). *O papel das tecnologias de informação/ sociedade de informação na área da saúde*. Disponível em <http://www.novabase.pt/showNews.asp?idProd=ressisaude>., acessado em 18/03/2007.
- CARVALHO, R. (2000). “Modernização, gestão e saúde”, in *Moderna Gestão Pública dos meios aos resultados*. Lisboa: INA, pp. 453-470.
- CAUTELA, A. L.; POLIONI, F. G. F. (1982). *Sistemas de informação*. Rio de Janeiro: LTC.
- CHIAVENATO, I. (1987). *Teoria Geral da Administração*. 3ª ed, São Paulo: Mcgraw-Hill.

- CHIAVENATO, I. (1995). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. São Paulo: Makron Books.
- CHIAVENATO, I. (1998). *Recursos Humanos*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- CHIAVENATO, I. (1999a). *Administração nos Novos Tempos*. São Paulo: Makron Books.
- CHIAVENATO, I. (1999b). *Gestão de Pessoas*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Campus.
- CHIAVENATO, I. (1999c). *Introdução à teoria geral da administração*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus.
- CHIAVENATO, I. (2006). *Administração de recursos humanos: Fundamentos básicos*. 5ª ed. S. Paulo: Atlas
- CORREIA, P. J. N. (2007). *Mudança Organizacional no próximo milénio*. Disponível em http://www.ipv.pt/millennium/arq13_2.htm, acessado em 18/03/2007.
- COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. (2003). *Hospital: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade*. Rio de Janeiro: Editora Medsi.
- CRAINER S. (1999). *AS MELHORES CITAÇÕES DE GESTÃO*. LINDA-A-VELHA: EDITORA ABRIL.
- CUNHA, M. P. (2002). *As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente*. Lisboa: Faculdade de Economia Universidade Nova de Lisboa.
- CUNHA, M.; REGO, A.; CAMPOS E CUNHA, R; CARDOSO, C. (2003). *Manual do comportamento organizacional e gestão*. 2ª ed. Lisboa: editora RH, lda.
- DAGNELIS, P.(1973). *Estatística: Teoria e Métodos*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- DAVEMPORT, T.; PRUSAK, L. (1998). *Conhecimento Empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Decreto - Lei nº 11/93. D.R. I série A. 12 (1993/01/15), p.129-134.
- Decreto - Lei nº 156/99. “D.R. I série A”. 108 (1999/05/10), P.2421-2424.
- Decreto - Lei nº 48/90. D.R. I série A. 195 (1990/08/24), P. 3452-3459.
- Decreto - Lei nº 56/79. D.R. I série A. 214 (1979/09/15), P.2357-2363.
- Decreto - Lei nº27/2002. DR. I Série A. (2002-11-8) 7150-7154.
- Decreto-lei nº 233/2005 DR. I Série A (2005-12-29).
- Despacho nº 24475/2000 (2ª série). “D.R. II serie”. 276 (2000/11/29), 19284.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (1998). - *O Hospital Português*. Lisboa: DGS, 180 pp.
- DONELLY, J.; GIBSON, J.; IVANCEVICH, J. (2000). *Administração: Princípios de gestão Empresarial*. 10ª ed. Lisboa: McGraw-Hill.
- DUPAS, G. (2000). *Ética e poder na sociedade da informação*. São Paulo: Ed. UNESP.
- FERREIRA, H. (2004). “As TIC nos hospitais SA”, *Saúde SA – As TIC ao serviço dos novos modelos de gestão*, Nº 85, pp. 44-46.

- FERREIRA, J. (1995). *Manual técnico, Segurança dos Sistemas e tecnologias da Informação*. Lisboa: Instituto de Informática.
- FERREIRA, J. M. C.; NEVES J. e CAETANO A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-hill.
- FERREIRA, P.L. (1998). *A voz dos doentes*. Agência de acompanhamento dos serviços de saúde do centro e centro de estudos de investigação em saúde, FEUC, Coimbra.
- FORTIN, M. F.; CÔTÉ, J. e VISSANDJÉ, B. (2003). “A investigação científica”, in FORTIN, Marie-Fabienne *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, pp. 15-24.
- FRANCÉS, R. (1989). *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Rés Editora. 187p.
- GIL, A. C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 3ª ed.
- GIL, A. C. (1994). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas.
- GIL, A. C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 4ª ed.
- GRAÇA, L. (1999) - *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde*. In: Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade. Lisboa: Direcção de Saúde, Sub-Direcção para a Qualidade. (pp. 1-19)
- GUIMARÃES, R. C.; CABRAL, J. A. S. (1998). *Estatística*. Alfragide: McGraw-Hill.
- HENRIQUES, J.; CARVALHO, P. (2007). *Informática Médica - Gestão da Informação*. Disponível em: http://www.dei.uc.pt/weboncampus/2006-2007/IM_1_GestaoInformacao.pdf, acessado em 16/02/2007.
- HRUMM, D. (2005). *Psicologia do trabalho*. Rio de Janeiro: LTC.
- IGIF (2007). Disponível em: <http://www.igif.pt>, acessado em 20/02/2007.
- IMPERATORI, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário*. Lisboa: Edinova.
- INE (2003). *Estatísticas da saúde – 2001*. Lisboa: INE.
- INE e UMIC (2005). *Inquérito à Utilização de Tecnologias de Informação e da Comunicação dos Hospitais 2004*. Disponível em <http://www.osic.unic.pt/publicacoes/RelatorioIUTICHospitais2004.pdf>, acessado em 19/10/2007.
- INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE (2004). *Sistema Integrado Informação Hospitalar*. Lisboa: IGIF.
- JÚNIOR, A. (2007). Saúde Colectiva. “Ciência & Saúde Colectiva”, Vol. 12 (3) (Maio/Jun.), pp.6.
- JYDSTRUP, R.; GROSS, J. (1966). *Cost of Information Handling in Hospitals*. Health Services Research, 1 (3), pg. 235 – 271.
- LAPÃO, L.V. (2005). *A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitectura de sistemas e de profissionais altamente qualificadas. O problema da saúde - inexistência de informação impossibilita a gestão*. Disponível em <http://www.seielo.uces.mctes.pt>, acessado em 24/03/2007.

- LAWER, E.E (1995)- *Satisfaction and behavior*. In Staw, B.M.(ED.) Psychological dimensions of organizational behavior. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- LEITÃO, M.C.G.M.L. (2006). *Intervenção estratégica em organizações de saúde: um estudo de caso*. In Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora, nº 6 (Abril/Junho), pg.28-36.
- LONDOÑO, M.; MORERA, G. e LAVERDE, P. (2003). *Administração Hospitalar*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2ª ed.
- LOPES, F. C.; MORAIS, M. P. e CARVALHO, A. J. (2005). *Desenvolvimento de Sistemas de Informação*. Lisboa: FCA.
- LOPES, J. C. (2004). *Hospitalidade – hospital Novo: Perspectivas Futuras*. “Gestão em revista”, pp. 6:15.
- LOPES, S., COSTA, C. (2007). *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos em Portugal*. Disponível em http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/adhp_versaofinal_31jan07.pdf. Acedido em 19/10/2007.
- LOUDNON, C. K.; LAUDNON, J. P. (1999). *Sistemas de informação*. Rio de Janeiro: LTC, 4ª ed.
- LOUREIRO, J. L. (2003). *Gestão do conhecimento*. Lisboa: Centro Atlântico, 1ª edição.
- LUCAS, J. (1984). *Satisfação profissional, problema de gestão ou administração de recursos humanos? O caso de enfermagem*. “Revista Portuguesa de Saúde Publica”, Lisboa, Volume II (2), (Abril/Junho), pp 31-37.
- MAROCO, J. (2003). *Análise estatística, com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- MAROCO, J.; BISPO, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- MARQUES, S. (2004). *O impacto da inovação no desempenho económico-financeiro das empresas industriais portuguesas*. Tese de doutoramento. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- MARTIN, V.; HENDERSON (2004). *Gestão das unidades de saúde e de serviços sociais*. Lisboa: Monitor.
- MARTINEZ, M. C.(2002). *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador* (dissertação). São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da USP.
- MARTINS, J. (1999). *Qualidade de vida e trabalho: o cenário actual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva*. Texto contexto Enfermagem 8 (3): 128-46
- MENDES, A. S. (2003). *Sociedade de informação ou sociedade do conhecimento?* “Gestão em revista”, Julho, pp. 190-203.
- MENDES, C. (2007). *Mudança Organizacional*. Disponível em

- MILKOVICH, G. (2000). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas.
- MORGAN, G. (1996). *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas.
- NASCIMENTO, L. P. (2001). *Administração de Cargos e Salários*. São Paulo: Editora Guazzelli.
- Neves, A.L. (1998). *A motivação para o trabalho*. Lisboa, Editora RH.
- NOGUEIRA, F. (2004). *Decisores Hospitalares: Necessidades formativas e Informativas*. Tese de doutoramento. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2007). *Evolução do Sistema de Saúde*. Disponível em <http://www.observaport.org/opss/Menu/Sistema/sistema+de+saúde/hit+pt+evolução+do+sistema+de+saúde.htm>, acessado em 12/07/2007.
- PARREIRA, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Editora Formasau.
- PEREIRA, C.G. (2000). *A qualidade em serviços de saúde*. “Enfermagem Oncológica”. Ano 4, Nº 16 Porto (Outubro) pg. 39-40.
- PERETTI, J. M. (2001). *Recursos Humanos*. Lisboa: Edições Sílabo. 3ª edição.
- PESSOA, M.G.S.Q (2005). *A qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde*. Revista Portuguesa de enfermagem. Amadora. Nº 4 (Outubro/Novembro/Dezembro), pp. 49 -52.
- PESTANA, M. H., GAGEIRO, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo (3ª edição revista e aumentada).
- PETIT, F.; DUBOIS, M. (1998). *Introdução à psicossociologia das organizações*. Lisboa: Instituto Piaget.
- PINTO, A.F.O. (2001) – *Sistemas de garantia de qualidade: provavelmente um novo paradigma na gestão de cuidados de saúde!* “Informan”. Porto. Ano 6, nº 24 (Janeiro -Abril)
- PINTO, J. M. (1994). *Propostas para o ensino das ciências sociais*. Porto: edições Afrontamento
- PINTO, S. (2003). *Gestão dos serviços. A avaliação da qualidade*. Lisboa: Editorial verbo
- PIO, A. (1997). *O espaço e o tempo nos signos*. Revista Interações, nº 5. Coimbra: Instituto Superior de Serviço Social, pp. 43-64.
- POLIT, D. e HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 3ª edição.
- POMBEIRO, G. (2000). “O dirigente perante os desafios da modernização e da qualidade”, in *Moderna gestão pública dos meios aos resultados*. Lisboa: INA, pp. 271-286.
- RASCÃO, J. (2001). *Sistemas de Informação para as Organizações*. Lisboa: Edições Sílabo.
- REIS, E. (2001). *Estatística Multivariada Aplicada*. Lisboa: Edições Sílabo. 2ª ed.
- Resolução do Conselho de Ministros n 41 (2002. DR I Série B. 56 (2002 – 03 – 07 1868-1869).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 15 (2003. DR 30 - série I-B (5/2/2003).

- RIBEIRO, L. (2005). Entrevista concedida a 26/11/2005, sobre “sistemas de informação hospitalar”. Vila Real (texto não publicado).
- ROBBINS, S. P. (1998). *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: LTC Editora. 8ª edição.
- ROBBINS, S.; COULTER, M. (1998). *Administração*. Rio de Janeiro: editora Prentice-Hall do Brasil, Lda. 5ª ed.
- RODRIGUES, C. (1998). *Conceito de motivação*. In: RODRIGUES, CUSTODIO – Manual de psicologia / 2: Motivação. Porto: edições contraponto., pp. 113-138.
- RODRIGUES, P. (2004). “Saúde SA: Uma solução?”, *Saúde*, N° 85, p. 3.
- RODRIGUES, V. (2000). “O sistema de informação na gestão dos recursos humanos”, *Sinais Vitais*, N° 28, pp. 29-33.
- RODRIGUES, V., GRANJO, C., CASTILHO, A., NOGUEIRA, F., FREDERICO, M. & MARQUES, C. (2007a). Implicações dos sistemas de informação na reestruturação das organizações de saúde. *II Seminário de Gestão em Saúde: Gestão dos Serviços Clínicos do século XXI*. Covilhã - Departamento de Gestão e Economia e Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, 18-19 Maio. Edição em CD-ROM, 1-12.
- RODRIGUES, V., NOGUEIRA, F. & GRANJO, C. (2007). What Implications do Information Systems Have for the Restructuring of Health Organisations? Proceedings book of the *IASK International Conference Global Management 2007*, Faro, 2, 5 May, 284-289.
- RODRIGUES, V., NOGUEIRA, F., GRANJO, C., MARQUES, C., CASTILHO, A. & FREDERICO, M. (2007b). Organizações de Saúde, Recursos Humanos e Sistemas de Informação. *Livro de Actas do III Encontro de Investigação: perspectivar a Investigação em Saúde e I Jornadas de Saúde Materno-Infantil: olhares sobre a prática*. Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, 22 e 23 Junho, 87-93.
- RUDIO, F. V. (1983). *Introdução ao projecto de pesquisa científica*. Petropolis: Vozes. 7ª edição.
- SANTOS, A.C. (1998) – *O ideal do ego e da satisfação profissional*. “Referencia”, Coimbra. N° 0 (Janeiro), pp. 60-61.
- SANTOS, I. e CLOS, A. C. (1998). “Pesquisa quantitativa e metodologia”, in *Pesquisa em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 1-17.
- SANTOS, P. R. (2004). “A face electrónica da saúde na Europa”, *Saúde*, N° 85, pp. 10-12.
- SCHEIN, E. H. (1992). *Organizational Culture and leadership*. San Francisco. Jossey-Bass.
- SCHERMERHON, J. R. (1999). *Administração*. Rio de Janeiro: LTC, 5ª ed.
- SCHERMERHORN, J. R.; HUNT J. G. e OSBORN, R. N. (1999). *Fundamentos de comportamento organizacional*. São Paulo: Bookman. 2ª ed.
- SERRÃO, D. (2006). “Inovar para Reformar”, *Gestão & Saúde*, Vol. II (4), pp. 4-5.
- SIGULEM, D. (2002). *Medicina na Web -A informática é uma forte aliada da área de saúde. O problema é vencer a resistência à implantação da nova tecnologia*. “Saúde Paulista”, ano 2- N° 05 (jan-mar)

- SILVA, R. V.; NEVES, A. (2003). *Gestão de empresas na era do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- SIMÕES, C. M.S.J. (2006). *O papel dos serviços de reabilitação na satisfação dos seus clientes: o caso do centro de medicina de reabilitação da região centro – Rovisco Pais*. Tese de mestrado. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- SOUSA, C. (2000). *Gestão do conhecimento*. Lisboa: Editora RH.
- TAVARES, S.; CAETANO, A. (2000). *Mudança organizacional e gestão de recursos humanos no sector da hotelaria e turismo: análise de casos*. In: *Mudança organizacional e gestão de recursos humanos*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional, pp. 243-262.
- TEIXEIRA, S. (2005). *Gestão das Organizações*. Madrid: McGraw-Hill.
- TOFFLER, A. (2007). http://www.ociocriativo.com.br/frases/pesquisa.cgi?cmd=psq&chk=1&opc=txt&chk_aut=1&key=Alvin%20Toffler%20.
- UNIDADE DE MISSÃO HOSPITAIS SA (2004). *Relatório de Actividade do Ano 2003 – Hospitais SA*. Lisboa: Unidade de Missão Hospitais SA – Ministério da Saúde.
- VALENTIM, M. P. (2000). *Profissional da informação: formação, perfil e atuação profissional*. São Paulo: Polis.
- VIEIRA, M. R. F. S. P. (2005). “Modelos de gestão: O Hospital S.A. como Paradigma”, *Sinais Vitais*, Nº 62 (Setembro), pp. 50-54.
- WERTHER W.B.; DAVIS, K. (1984). *Administração de pessoal e recursos humanos*. São Paulo: McGraw-Hill.
- ZOBOLI, E. L. C. P. (2002). *Ética e Administração Hospitalar*. S. Paulo: editora do centro Universitário São Camilo.

ANEXOS

ANEXO A

Questionário

Organizações de saúde: mudanças na estrutura organizacional e implicações dos sistemas de informação

(Rodrigues, V.; Marques, C.; Nogueira, F.; Frederico, M.; Castilho, A.; Santos, C., 2006)

Grupo IV – Profissional da Instituição de Saúde

Seguidamente são apresentadas uma série de afirmações sobre a sua opinião como Profissional nesta instituição. Cada afirmação é acompanhada de uma escala de 1 a 5. Assinale com uma cruz no quadro a resposta que melhor traduz a sua opinião.

1 - Nulo	2 - Pouco	3 - Médio	4 - Elevado	5 - Muito elevado
----------	-----------	-----------	-------------	-------------------

Satisfação Profissional

Relativamente ao seu papel Profissional, como define o grau de Satisfação:

4.1. Quanto aos recursos materiais disponíveis para a realização das suas funções

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.2. Quanto aos recursos humanos disponíveis para a realização das suas funções

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.3. Quanto á formação literária para o desempenho das suas funções

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4.4. Quanto á formação profissional para o desempenho das suas funções

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

GRUPO V - Sistemas de Informação

5. Na sua Instituição utiliza Sistemas de Informação no dia a dia de trabalho?

1 - Sim

2 - Não

5.1 Se sim, qual?

1 - Sistema de Apoio ao medico (SAM)

2 - Sistema de Apoio à pratica de Enfermagem (SAPE)

3 - Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO)

5.2 Relativamente ao **Sistema de Informação (SI)** que utiliza; antes da sua implementação:

5.2.1. Possuía conhecimentos de informática de nível básico

1 - Sim

2 - Não

Se sim a que nível: 1 - Windows

2 - Office / Word

3 - Office / Outro Qual? _____

5.2.2 Frequentou algum processo de formação formal:

1 - Sim

2 - Não

5.2.3 O processo de formação foi

1 - Insuficiente

2 - Suficiente

3 - Bom

4 - Muito Bom

5.2.4. Realizado no seu horário de trabalho

1 - Sim

2 - Não

Utilizador de Sistema de Informação

5.3 Relativamente ao seu papel de Profissional, e como utilizador do SI, assinale o seu grau de satisfação, tendo por base a escala que se segue, relativamente a:

1 - Nulo **2 - Pouco** **3 - Médio** **4 - Elevado** **5 - Muito elevado**

5.3.1 A formação realizada sobre SI contribuiu para o seu desempenho nesse sistema:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.2. Os conhecimentos que tinha em informática antes da implementação dos SI, contribuíram para o desempenho nesse sistema:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.3. As estratégias de implementação dos SI que foram utilizadas no seu local de trabalho, facilitaram a sua adesão ao sistema:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.4. A adequação (localização e número) dos postos de trabalho está adaptada à sua actividade profissional:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.5. As informações existentes nas bases de dados dos SI facilitam o registo da sua actividade profissional:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.6. Os SI evitaram a perda de informação:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.7. O período de tempo de sobreposição de registos em papel no Sistema de Informação foi:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.8. Os SI existentes na sua Instituição, vieram reduzir os suportes em papel:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.9. A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua actividade profissional:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.10. Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional da Instituição

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.11. Os SI em uso na sua Instituição, implicaram ganhos em saúde para o cliente:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.12. Os SI em uso na sua Instituição facilitaram a comunicação com outras Instituições:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.13. Os SI em uso na sua Instituição possibilitaram a continuidade dos cuidados ao cliente:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.14. Encontra-se mais motivado (a) na sua actividade profissional desde que utiliza os SI:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.3.15. Considera o Sistema de informação, uma ferramenta de trabalho com utilidade para a sua actividade profissional

Aspectos gerais do (s) Sistema (s) de Informação

Para as afirmações seguintes utilizaremos uma escala de 1 a 4. Por favor assinale a que melhor traduz a sua opinião

<i>1 Nada Adequado</i>	<i>2 Pouco Adequado</i>	<i>3 Adequado</i>	<i>4 Muito Adequado</i>
------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------

5.4. Em termos gerais, o (s) Sistema (s) de Informação, no que respeita

5.4.1 Aos registos, é:

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.2. Acesso á informação é:

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.3. À transmissão de informação, é:

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.4. Disponibilidade de informação

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.5. Tempo de espera no atendimento

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.6. À satisfação dos clientes, é:

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.7. À confidencialidade dos dados, é

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.8. À comunicação entre os diversos profissionais, é

1	2	3	4
---	---	---	---

5.4.9. Ao desenvolvimento das actividades diárias, é

GRUPOVI – Implementação do Sistema de Informação

6.1 A implementação do Sistema de Informação trouxe vantagens e desvantagens. De acordo com o sistema de Informação que utiliza refira:

Três vantagens

Três desvantagens

6.2 Que adaptações / alterações foram efectuadas ao nível da estrutura e organização do trabalho aquando da implementação do sistema de informação?

6.3. Sentiu que houve a existência de barreiras (estruturais, humanas ou de processo) aquando da implementação do (s) sistemas (s) de informação. Se sim , identifique-as.

6.4. Que medidas, o CHVR-PR poderia ter tomado para ultrapassar as barreiras que mencionou?

6.5. Na sua opinião, que benefícios a instituição poderá recolher com a implementação dos sistemas de informação?

ANEXO B

Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHVR-PR

Sónia Isaura Lela dos Santos Lameirão

Exmº Sr. Presidente
do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Vila real – Peso da Régua, E.P.E.

Sónia Isaura Lela dos Santos Lameirão, Enfermeira Graduada, a exercer funções no bloco operatório do Centro Hospitalar Vila real, pretende realizar um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em "Gestão", a decorrer na Universidade de Trás-os-montes e Alto Douro, subordinado ao tema "Gestão dos Sistemas de Informação em Ambiente Hospitalar"

Atendendo a que no Centro Hospitalar Vila Real Peso da Régua, E.P.E., são vários os utilizadores de Sistemas de Informação, nomeadamente os utilizadores do S.A.M., do S.A.P.E. e do S.O.N.H.O., gostaria de desenvolver um estudo de investigação com a finalidade de perceber a influência destes sistemas de informação ao nível dos ganhos em saúde e na gestão das Organizações.

Neste sentido, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª se digne autorizar a realização do estudo a nível hospitalar, de modo a poder testar o instrumento de recolha de dados e posteriormente proceder à colheita dos mesmos de acordo com o questionário que se apresenta em anexo.

Os questionários serão anónimos e dirigidos aos profissionais que exercem funções nos serviços onde se aplicam estes sistemas de informação, sendo os resultados do estudo facultados ao Conselho de Administração.

Pede Deferimento

Vila Real, 26 de Abril de 2006

Sónia Isaura Lela dos Santos Lameirão

Antonieta Alves
Enfermeira Directora

*Não vejo razão
recusante, que reco,
14 de destes dados.
27/4/06
A*

CENTRO HOSPITALAR DE VILA REAL/P. DA RÉGUA, S.A.		ENTRADA N.º <i>2073</i>
		DATA <i>26.04.06</i>
PRESIDENTE C.A.	<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. APROVISIONAMENTO <input type="checkbox"/>
ADM.	<input type="checkbox"/>	SERV. FINANCEIROS <input type="checkbox"/>
ADM.DT.	<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. PESSOAL <input type="checkbox"/>
DIR. SERV.	<input type="checkbox"/>	S.I.E.S. <input type="checkbox"/>
DOSSIET.	<input type="checkbox"/>	OUTROS SERVIÇOS <input type="checkbox"/>
COLHADO	<input type="checkbox"/>	

ANEXO C

Descrição das variáveis em estudo e respectivos escalões de medida

File Information

List of variables on the working file

Name		Position
QUESTION	numero de questionario Measurement Level: Scale Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	1
P1.1SEXO	sexo Measurement Level: Nominal Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Missing Values: 0 Value Label 0 M Não Responde (NR) 1 Masculino 2 Feminino	2
P1.2IDAD	idade Measurement Level: Scale Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Missing Values: 0 Value Label 0 M NR	3
IDADECOD	Idade dos inquiridos em categorias Measurement Level: Ordinal Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Missing Values: 0 Value Label 0 M NR 1 dos 21 aos 30 anos 2 dos 31 aos 40 anos 3 dos 41 aos 50 anos 4 dos 51 aos 60 anos	4
IDADEC_A	Idade dos inquiridos em categorias Measurement Level: Ordinal Column Width: 11 Alignment: Right Print Format: F8.2 Write Format: F8.2 Missing Values: ,00	5

	Value	Label	
	,00 M	NR	
	1,00	dos 21 aos 40 anos	
	2,00	dos 41 aos 60 anos	
P1.3ESTA	estado civil		6
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	casado	
	2	solteiro	
	3	divorciado	
	4	união de facto	
	5	separado	
	6	viúvo	
P2.1GRUP	classe profissional a que pertence		7
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	médica	
	2	enfermagem	
	3	administrativa	
P2.2CATE	categoria profissional		8
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	11 Alignment: Left	
	Print Format:	A40	
	Write Format:	A40	
P2.2.CAT	categoria profissional		13
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	12 Alignment: Right	
	Print Format:	F2	
	Write Format:	F2	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
	0 M	NS/NR	
	2	assistente administrativo	
	3	assistente administrativo especialista	
	4	assistente administrativo principal	
	5	assistente eventual hospitalar	
	6	assistente graduado	

	7	assistente hospitalar	
	8	assistente hospitalar graduado	
	9	chefe de secção	
	10	chefe de serviço	
	11	enfermeiro	
	12	enfermeiro chefe	
	13	enfermeiro especialista	
	14	enfermeiro graduado	
	15	interno complementar	
P2.3.TIP		o vinculo à sua instituição é de	14
		Measurement Level: Nominal	
		Column Width: 23 Alignment: Right	
		Print Format: F8	
		Write Format: F8	
		Missing Values: 0	
	Value	Label	
	0 M	NS/NR	
	1	carácter definitivo	
	2	contrato	
	3	Outro	
P2.3TIPV		o vinculo à sua instituição é de	15
		Measurement Level: Nominal	
		Column Width: 29 Alignment: Right	
		Print Format: F8	
		Write Format: F8	
		Missing Values: 0	
	Value	Label	
	0 M	NS/NR	
	1	quadro, nomeação por tempo indeterminado	
	2	contrato individual de trabalho sem termo	
	3	contrato individual de trabalho com termo	
	4	contrato individual de trabalho em termo	
indeterminado	5	contrato individual de trabalho a termo incerto	
	6	contrato administrativo de provimento	
	7	contrato prestação de serviços	
	8	funcionário não vinculado à instituição	
P2.4TEMP		há quanto tempo se encontra neste serviço (anos)	16
		Measurement Level: Scale	
		Column Width: 21 Alignment: Right	
		Print Format: F8.2	
		Write Format: F8.2	
		Missing Values: ,00	
	Value	Label	
	,00 M	NS/NR	

P2.4TE_A	há quanto tempo se encontra neste serviço (anos)	17
	Measurement Level: Ordinal	
	Column Width: 18 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 há 8 anos ou menos	
	2 há mais de 8 mas há menos de 16	
	3 há mais de 16 mas há menos de 24	
	4 há mais de 24 anos, mas há menos de 32 anos	
P2.5ANOS	há quantos anos trabalha no Hospital	18
	Measurement Level: Scale	
	Column Width: 21 Alignment: Right	
	Print Format: F8.1	
	Write Format: F8.1	
	Missing Values: ,0	
	Value Label	
	,0 M NS/NR	
P2.5AN_A	há quantos anos trabalha no Hospital	19
	Measurement Level: Ordinal	
	Column Width: 24 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 há 10 anos ou menos	
	2 há mais de 10 mas há menos de 20	
	3 há mais de 20 mas há menos de 30	
	4 há mais de 30 anos, mas há menos de 40 anos	
P2.6TOTA	total de anos de serviço	20
	Measurement Level: Scale	
	Column Width: 11 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
P2.6TO_A	total de anos de serviço	21
	Measurement Level: Ordinal	
	Column Width: 15 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	

	Value	Label	
	0 M	NS/NR	
	1	há 11 anos ou menos	
	2	12 a 22 anos	
	3	13 a 33 anos	
	4	34 a 44 anos	
P2.7ACUM	acumula funções fora desta instituição		22
	Measurement Level: Nominal		
	Column Width: 14 Alignment: Right		
	Print Format: F8		
	Write Format: F8		
	Missing Values: 0		
	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	sim	
	2	não	
P3.1HABL	habilitações literárias		23
	Measurement Level: Ordinal		
	Column Width: 3 Alignment: Right		
	Print Format: F8		
	Write Format: F8		
	Missing Values: 0		
	Value	Label	
	0 M	NS/NR	
	1	1º ciclo do ensino basico ou equivalente	
	2	2º ciclo do ensino basico ou equivalente	
	3	3º ciclo do ensino basico ou equivalente	
	4	bacharelato ou equivalente	
	5	licenciatura ou equivalente	
	6	mestrado	
	7	doutoramento	
P4.1RECM	quanto aos recursos materiais disponíveis para a realizaç		24
	Measurement Level: Ordinal		
	Column Width: 6 Alignment: Right		
	Print Format: F8		
	Write Format: F8		
	Missing Values: 0		
	Value	Label	
	0 M	NS/NR	
	1	nulo	
	2	pouco	
	3	médio	
	4	elevado	
	5	muito elevado	

P4.2RECH quanto aos recursos humanos disponiveis para a relização 25

Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 6 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P4.3FORM quanto à formação literária para o desempenho das suas fu 26

Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 6 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P4.4FORM quanto à formação profissional para o desempenho das suas 27

Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 6 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P4SATGLO Satisfação Global 28

Measurement Level: Scale
 Column Width: 3 Alignment: Right
 Print Format: F8.1
 Write Format: F8.1
 Missing Values: ,0

	Value	Label	
		,0 M NS/NR	
P5UTILSI	na sua intuição utiliza sistemas de informação no dia a	29	
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	3 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
		0 M NR	
		1 sim	
		2 não	
P5.1SI	se sim, qual?		30
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	10 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0; -1	
	Value	Label	
		0 M NS/NR	
		1 SAM	
		2 SAPE	
		3 SONHO	
		-1 M NA	
P5.2.1CO	possuía conhecimentos de informática de nível basico		31
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0; -1	
	Value	Label	
		0 M NS/NR	
		1 sim	
		2 não	
		-1 M NA	
P5.2.1AW	windows		32
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0; -1	
	Value	Label	
		0 M NS/NR	
		1 sim	
		2 não	

	-1 M NA	
P5.2.1WO	office-word	33
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
P5.2.1_A	office-outro	34
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
QUAL	outro, qual	35
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Left	
	Print Format: A35	
	Write Format: A35	
OFFICEES	outro, qual	40
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F2	
	Write Format: F2	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	2 acess	
	3 excel	
	4 excel, access, internet	
	5 excel, powerpoint	
	6 msdos, excel, powerpoint, coreldraw, php	
	7 spss	
	8 power point	
	-1 M NA	

EXCEL	excel	41
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
ACCESS	access	42
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
POWERPOI	powerpoint	43
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
MSDOS	msdos	44
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	

CORELDRA	coreldraw	45
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
INTERNET	internet	46
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
PHP	php	47
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	
SPSS	spss	48
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0; -1	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 sim	
	2 não	
	-1 M NA	

- P5.2.2FO frequentou algum processo de formação formal 49
 Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0; -1
- | Value | Label |
|-------|-------|
| 0 M | NS/NR |
| 1 | sim |
| 2 | não |
| -1 M | NA |
- P5.2.3AV o processo de formação foi 50
 Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0; -1
- | Value | Label |
|-------|--------------|
| 0 M | NS/NR |
| 1 | insuficiente |
| 2 | suficiente |
| 3 | bom |
| 4 | muito bom |
| -1 M | NA |
- P5.2.4RE realizado no seu horario de trabalho 51
 Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0; -1
- | Value | Label |
|-------|-------|
| 0 M | NS/NR |
| 1 | sim |
| 2 | não |
| -1 M | NA |
- P5.3.4AD A adequação dos postos de trabalho está adaptada à sua ac 52
 Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0
- | Value | Label |
|-------|---------------|
| 0 M | NS/NR |
| 1 | nulo |
| 2 | pouco |
| 3 | médio |
| 4 | elevado |
| 5 | muito elevado |

P5.3.5IN As informações existentes nas bases de dados dos SI facil 53

Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P5.3.6EV Os SI evitaram a perda de informação 54

Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P5.3.8RE Os SI existentes na sua instituição, vieram reduzir os sup 55

Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P5.3.9VA A informação produzida pelos SI veio valorizar a sua acti 56

Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P5.3.10M Os SI influenciaram o processo de mudança organizacional 57
Measurement Level: Ordinal
Column Width: 8 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8
Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P5.3.11G Os SI em uso na sua instituição, implicaram ganhos em saúde 58
Measurement Level: Ordinal
Column Width: 8 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8
Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P5.3.12F Os SI em uso na sua instituição facilitaram a comunicação 59
Measurement Level: Ordinal
Column Width: 8 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8
Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NS/NR
1	nulo
2	pouco
3	médio
4	elevado
5	muito elevado

P5.3.13C	Os SI em uso na sua instituição possibilitaram a continuidade	60
	Measurement Level: Ordinal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	
	Value Label	
	0 M NS/NR	
	1 nulo	
	2 pouco	
	3 médio	
	4 elevado	
	5 muito elevado	
COMP1SUS		61
	Measurement Level: Scale	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8.1	
	Write Format: F8.1	
COMP2SUS		62
	Measurement Level: Scale	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8.1	
	Write Format: F8.1	
COMP1	Componente 1	63
	Measurement Level: Scale	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8.1	
	Write Format: F8.1	
	Missing Values: ,0	
	Value Label	
	,0 M NS/NR	
COMP2	Componente 2	64
	Measurement Level: Scale	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8.1	
	Write Format: F8.1	
	Missing Values: ,0	
	Value Label	
	,0 M NS/NR	
COMP3	Componente 3	65
	Measurement Level: Scale	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8.1	
	Write Format: F8.1	
	Missing Values: ,0	
	Value Label	
	,0 M NS/NR	

- P5.4.1RE em termos gerais o SI no que respeita aos registos 66
Measurement Level: Ordinal
Column Width: 8 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8
Missing Values: 0
- | Value | Label |
|-------|----------------|
| 0 M | NS/NR |
| 1 | nada adequado |
| 2 | pouco adequado |
| 3 | adequado |
| 4 | muito adequado |
- P5.4.3TR em termos gerais o SI no que respeita à transmissão de in 67
Measurement Level: Ordinal
Column Width: 8 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8
Missing Values: 0
- | Value | Label |
|-------|----------------|
| 0 M | NS/NR |
| 1 | nada adequado |
| 2 | pouco adequado |
| 3 | adequado |
| 4 | muito adequado |
- P5.4.6SA em termos gerais o SI no que respeita à satisfação dos ut 68
Measurement Level: Ordinal
Column Width: 8 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8
Missing Values: 0
- | Value | Label |
|-------|----------------|
| 0 M | NS/NR |
| 1 | nada adequado |
| 2 | pouco adequado |
| 3 | adequado |
| 4 | muito adequado |
- P5.4.7CO em termos gerais o SI no que respeita à confidencialidade 69
Measurement Level: Ordinal
Column Width: 8 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8
Missing Values: 0
- | Value | Label |
|-------|-------|
|-------|-------|

0 M NS/NR
 1 nada adequado
 2 pouco adequado
 3 adequado
 4 muito adequado

P5.4.8CO em termos gerais o SI no que respeita à comunicação entre 70
 Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value Label

0 M NS/NR
 1 nada adequado
 2 pouco adequado
 3 adequado
 4 muito adequado

P5.4.9DE em termos gerais o SI no que respeita ao desenvolvimento 71
 Measurement Level: Ordinal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value Label

0 M NS/NR
 1 nada adequado
 2 pouco adequado
 3 adequado
 4 muito adequado

AVGLOB Avaliação Global 72
 Measurement Level: Scale
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8.1
 Write Format: F8.1
 Missing Values: ,0

Value Label

,0 M NS/NR

P6.1A acesso mais da fácil à informação 73
 Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

	<pre> Value Label 0 M NR 1 sim 2 não </pre>	
P6.1B	<pre> uniformização da linguagem Measurement Level: Nominal Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Missing Values: 0 Value Label 0 M NR 1 sim 2 não </pre>	74
P6.1C	<pre> melhor precisão/organização da informação/registos Measurement Level: Nominal Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Missing Values: 0 Value Label 0 M NR 1 sim 2 não </pre>	75
P6.1D	<pre> melhor atendimento e desenvolvimento das actividades diár Measurement Level: Nominal Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Missing Values: 0 Value Label 0 M NR 1 sim 2 não </pre>	76
P6.1E	<pre> menos papeis/menos burocracia Measurement Level: Nominal Column Width: 8 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Missing Values: 0 Value Label 0 M NR 1 sim 2 não </pre>	77
P6.1F	<pre> maior confidencialidade </pre>	78

Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NR
1	sim
2	não

P6.1G menos cansativo 79

Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NR
1	sim
2	não

P6.1H segurança 80

Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NR
1	sim
2	não

P6.1I comunicações entre serviços 81

Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

Value	Label
0 M	NR
1	sim
2	não

P6.1AA exige ter conhecimentos de informática 82

Measurement Level: Nominal
 Column Width: 8 Alignment: Right
 Print Format: F8
 Write Format: F8
 Missing Values: 0

	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	sim	
	2	não	
P6.1BB	dificuldades técnicas/actualizações em horários pouco com	83	
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	sim	
	2	não	
P6.1CC	com a avaria do SI ou falta de energia, ficam sem fonte d	84	
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	sim	
	2	não	
P6.1DD	fim do sigilo médico	85	
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	sim	
	2	não	
P6.1EE	poucos recursos técnicos/poucos terminais por unidade	86	
	Measurement Level:	Nominal	
	Column Width:	8 Alignment: Right	
	Print Format:	F8	
	Write Format:	F8	
	Missing Values:	0	
	Value	Label	
	0 M	NR	
	1	sim	
	2	não	

P6.1FF	equipamentos demasiado caros	87
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	
	Value Label	
	0 M NR	
	1 sim	
	2 não	
P6.1GG	duplicação (papel + SI)	88
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	
	Value Label	
	0 M NR	
	1 sim	
	2 não	
P6.1HH	demora na efectuação dos registos/aumento no tempo de espera	
89		
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Missing Values: 0	
	Value Label	
	0 M NR	
	1 sim	
	2 não	
P6.1II	diminuição dos postos de trabalho	90
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: 8 Alignment: Right	
	Print Format: F8	

ANEXO D

Lista de *outputs*

Quadro I. KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett

KMO		,683
Teste de Esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	161,382
	Graus de Liberdade (gl)	6
	Nível de Significância (Sig.)	,000

Quadro II – Avaliação de diversos aspectos relativos à satisfação profissional

	Nulo		Pouco		Médio		Elevado		Muito Elevado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recursos materiais	2	2,2	10	11,1	39	43,4	37	41,1	2	2,2
Recursos humanos	3	3,3	16	17,8	43	47,8	27	30,0	1	1,1
Formação literária	0	0,0	1	1,1	32	35,6	53	58,9	4	4,4
Formação profissional	2	2,2	1	1,2	40	44,4	45	50,0	2	2,2

Quadro III – KMO e Teste de esfericidade de Bartlett.

KMO		,823
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	632,455
	gl	105
	Sig.	,000

Quadro IV – Teste t para amostras independentes

	Teste de Leven		Teste t						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença Média	Desvio Quadrático	Intervalo de Confiança a 95%	
								Inferior	Superior
Satisfação Global	,078	,083	1,391	87	,168	,1693	,1218	-,0727	,4114
Pressuposto de igualdade de variâncias assumido									
Pressuposto de igualdade de variâncias não assumido			1,459	6,882	,148	,1693	,1161	-,0614	,4001

