

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em associação com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Instrumentos de Apoio à Gestão Estratégica e ao
Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas em
Unidades Privadas de Fisioterapia**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Paula Alexandra Araújo Viegas Soares

N.º 4437

Orientador:

Prof. Doutor António João Coelho de Sousa

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora/Lisboa

Setembro 2010

Título: Instrumentos de Apoio à Gestão Estratégica e ao Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas em Unidades Privadas de Fisioterapia

Palavras – chave: Fisioterapia, Gestão Estratégica, Desempenho, Organização.

Dissertação elaborada por:

Paula Alexandra Araújo Viegas Soares
Aluna nº. 4437 (Universidade de Évora)

Orientador:

Professor Doutor António João Coelho de Sousa

Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

Évora

2010

Instrumentos de Apoio à Gestão Estratégica e ao Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas em Unidades Privadas de Fisioterapia

RESUMO

O sucesso de uma gestão baseada na estratégia reside, no aproveitamento racional e eficiente dos seus recursos humanos, financeiros e organizacionais, bem como na sua capacidade para concretizar objectivos e alcançar resultados.

Esta dissertação foi elaborada baseando-se no pressuposto que, a selecção e a aplicação de um Instrumento de Apoio à Gestão em unidades privadas de fisioterapia (UPF's) permitirão induzir níveis acrescidos de melhoria do desempenho individual e/ou organizacional.

Constituiu objectivo geral da mesma contribuir para a sensibilização e a difusão alargada das ferramentas de apoio à gestão que, aplicadas naquelas unidades, poderiam induzir níveis acrescidos de melhoria do desempenho. Definiram-se ainda três objectivos específicos consubstanciando preocupações relacionadas com a reprodução do conhecimento especializado em gestão, com a sua aplicação específica no terreno e com a subjacente criação de valor individual e organizacional.

A metodologia utilizada foi a abordagem de Estudo de Caso, inspirada na técnica *focus-group*, aplicada a três UPF's, e os resultados obtidos através das análises efectuadas permitiram identificar a ausência da aplicação de instrumentos de apoio à gestão e de avaliação de desempenho, bem como níveis elevados de desempenho, satisfação e autonomia nos profissionais de fisioterapia, constituindo estes a base para justificar a necessidade urgente da elaboração de um plano de implementação de um sistema de avaliação de desempenho nas unidades estudadas.

Palavras – chave: Fisioterapia, Gestão Estratégica, Desempenho, Organização

Support Instruments to Strategic Management and Organizational Performance of Physiotherapists in Private Units of Physiotherapy

ABSTRACT

The success of a management based on strategy relies in the rational and efficient use of its human, financial and organizational resources, as well as its ability to achieve objectives and results.

This thesis was developed, based on the assumption that the selection and application of a management support instrument in private physiotherapy units would induce higher levels of individual performance and / or organization.

It was general objective the contribution to the sensibilization and diffusion of tools to support management, which applied in those units, could induce higher levels of performance.

There were defined three specific objectives which concerned whereabouts with the reproduction of specialized knowledge in management, with it's specified applicability in the work field and with the underneath creation of individual and organizational value.

The applied methodology was a case study, inspired by the focus-group technique applied in three private physiotherapy units, and the results obtained through the analysis allowed the identification of lack of use of any support management tools and performance evaluation, as well as high standard levels of performance, satisfaction and professional autonomy in physical therapists, being this the base for justifying the urgent need for developing an implementation plan of a performance evaluation system applied to these units.

KEY WORDS: Physical Therapy, Strategic Management, Performance, Organization.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor António João de Sousa pela sua constante disponibilidade e apoio, na orientação desta investigação.

Ao Professor Doutor Carlos Alberto da Silva pela total disponibilidade, assim como por todos os ensinamentos e incentivos, ao longo dos anos deste mestrado.

Agradeço ainda a todos os Professores deste mestrado pela ajuda e aumento de conhecimentos e competências que me propiciaram.

A todos os colegas que de uma forma ou de outra me ajudaram a nunca baixar os braços mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos gestores e coordenadores por me terem concedido a oportunidade de efectuar as entrevistas, pela sua disponibilidade, e ajuda.

A todos os Fisioterapeutas que colaboraram neste estudo pela disponibilidade e paciência, no preenchimento dos questionários.

À minha família que me ajudou a concretizar este sonho, pois sem eles não teria sido possível. Aos meus pais pelo seu constante apoio e especialmente aos meus filhos por todas as horas que não foi possível dispensar-lhes, por toda a sua compreensão e ajuda e ainda ao meu marido que apesar de longe não se escusou a apoiar-me em todas as horas.

Agradeço a todos os que de alguma forma colaboraram para que este estudo se pudesse viabilizar, pois sem ajuda não conseguimos caminhar, e com ela tornamo-nos mais fortes e determinados.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APF	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
BSC	Balanced Scorecard
CVT	Comissões de Verificação Técnica
EPE	Entidades Públicas Empresarias
GIPP	Grupo de Interesse em Prática Privada
GRH	Gestão de Recursos Humanos
IGAS	Inspecção-Geral das Actividades
PEGE	Painel Equilibrado De Gestão Estratégica
PEST	Factores Político-Legais, Económicos, Sócio-Culturais, e Tecnológicos
RH	Recursos Humanos
SA	Sociedades Anónimas
SHST	Segurança e Higiene e Saúde do Trabalho
SIADAP	Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWOT	Strengths (pontos fortes), Weaknesses (pontos fracos), Opportunities (oportunidades) and Threats / Tempo (fraquezas / tempo)
TdB	Tableaux de Bord
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
UPF	Unidade Privada de Fisioterapia
UPF's	Unidades Privadas de Fisioterapia
US	Unidades de Saúde
WCPT	World Confederation of Physical Therapy

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	4
AGRADECIMENTOS.....	5
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS	10
ÍNDICE DE TABELAS	11
INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	18
1.2 GESTÃO E GESTÃO ESTRATÉGICA.....	21
1.3 INSTRUMENTOS DE APOIO À GESTÃO E DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL	24
1.3.1 Instrumentos de Pilotagem.....	24
1.3.1.1 Instrumentos de Pilotagem/Acompanhamento da Gestão.....	26
1.3.2 Instrumentos de Orientação do Comportamento	28
1.3.2.1 Avaliação de Desempenho.....	29
1.3.2.1.1 Instrumentos de Avaliação de Desempenho.....	30
1.3.3 O SIADAP e a Avaliação dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) / Fisioterapeutas	32
1.3.4 Instrumentos de Diálogo.....	33
1.3.5 Variáveis a Considerar na Selecção do Instrumento a Utilizar em Unidades de Saúde e Particularmente em Unidades de Fisioterapia	34
1.4 GESTÃO E RELAÇÕES PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE FISIOTERAPIA	34
1.5 REALIDADE ACTUAL EM UNIDADES DE FISIOTERAPIA.....	37
1.5.1. Públicas	37
1.5.2 Privadas	38
1.6 INSTRUMENTOS DE APOIO À GESTÃO – QUE OPÇÕES PARA UNIDADES DE SAÚDE E DE FISIOTERAPIA EM PARTICULAR	40
ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA E AO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.....	42
2.1 METODOLOGIA	43
2.1.1 Introdução.....	43
2.1.2 Pressupostos	45
2.1.3 Pertinência do Estudo.....	45
2.1.4 Estudo de Caso e Focus Group – Método e Técnica	46
2.1.5 Unidade de Análise.....	46
2.1.6 Questões de Investigação.....	47
2.1.7 Objectivos	47
2.1.8 Instrumentos de Recolha de Dados.....	48
2.1.9 Procedimentos.....	50
2.1.10 Limitações do Estudo.....	51
2.1.11 Estratégia de Análise da Informação.....	51
2.2 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	52
2.2.1 Análise de Conteúdo das Entrevistas	52
2.2.2 Apresentação e Análise das Entrevistas	52
2.2.3 Métodos Estatísticos Utilizados.....	55
(a) Estatística Descritiva	55
(b) Análise de Consistência Interna da Escala	56
(c) Intervalos de Confiança.....	57
(d) Teste t de Student e teste de Mann-Whitney.....	57

e) Teste ANOVA e Kruskal-Wallis	59
2.2.4 Estatística Descritiva	61
2.2.4.1 Caracterização Sócio-Demográfica.....	61
2.2.5 Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional.....	68
2.2.6 Análise de Consistência Interna da Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional.....	70
2.2.6.1 Estatísticas de Consistência Interna da Escala, e por Dimensão:.....	71
(1) Autonomia	71
(2) Desempenho	71
(3) Estatuto Profissional	72
(4) Segurança.....	72
(5) Relações Interpessoais/ Profissionais	72
(6) Formação ao Longo da Vida (Formação Continua).....	73
(7) Satisfação Profissional.....	73
2.2.7 Construção da Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional e Estatística Descritiva.....	74
2.2.8 Objectivos.....	75
2.2.8.1 Determinar os Principais Factores de Desempenho Organizacional	75
2.2.8.2 Identificar a Relação Entre as Variáveis de Caracterização Pertinentes e a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e Respectivas Dimensões	76
CAPÍTULO 3.....	92
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
CAPÍTULO 4.....	100
CONCLUSÕES E SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO.....	100
BIBLIOGRAFIA	111
ANEXOS	119
ANEXO I.....	120
PRÉ-TESTE.....	120
ANEXO II	125
CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS FISIOTERAPEUTAS.....	125
ANEXO III.....	127
QUESTIONÁRIO APLICADO	127
ANEXO IV	132
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ÀS UNIDADES PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	132
ANEXO V.....	134
CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO GESTORES/COORDENADORES	134
ANEXO VI.....	137
GUIÃO DA ENTREVISTA AOS GESTORES/COORDENADORES	137
ANEXO VII	140
ENTREVISTA AOS GESTORES/COORDENADORES.....	140
ANEXO VIII.....	142
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	142

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 2.1- Meio Ambiente da Organização	23
Fig. 2.2- Instrumentos de apoio à gestão	25
Fig. 2.3- Actuação dos Tableaux de bord	27
Fig. 2.4- Tableaux de bord e Balanced Scorecard	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2.1 Instituição	61
Gráfico 2.2 Ano de término da formação de base	62
Gráfico 2.3 Habilitações Literárias	63
Gráfico 2.4 Instituição de ensino em que realizou o curso de Fisioterapia	63
Gráfico 2.5 Idade	64
Gráfico 2.6 Idade recodificada	64
Gráfico 2.7 Sexo	65
Gráfico 2.8 Anos de exercício profissional	65
Gráfico 2.9 Anos de trabalho na instituição	65
Gráfico 2.10 Vínculo com a entidade empregadora	66
Gráfico 2.11 Tipo de exercício de actividade	66
Gráfico 2.12 Local (ais) de exercício profissional	66
Gráfico 2.13 Valores médios observados para cada item	69
Gráfico 2.14 Valores médios observados para cada dimensão	74
Gráfico 2.15 Intervalos de confiança para a escala de avaliação do desempenho	75
Gráfico 2.16 Valores médios para a variável ano de término da formação de base	77
Gráfico 2.17 Valores médios para a variável Idade	79
Gráfico 2.18 Valores médios para a variável Sexo	81
Gráfico 2.19 Valores médios para a variável há quantos anos exerce a sua profissão	83
Gráfico 2.20 Valores médios para a variável há quantos anos trabalha nesta instituição	85
Gráfico 2.21 Valores médios para a variável vínculo com a entidade empregadora	87
Gráfico 2.22 Valores médios para a variável exerce a sua actividade apenas no privado	89
Gráfico 2.23 Valores médios para a variável trabalha noutros locais	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 Ano de término da formação base	62
Tabela 2.2 Frequência dos Outros locais de trabalho	67
Tabela 2.3 Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional Tabela de frequências de respostas	68
Tabela 2.4 Itens por Dimensão estudada	70
Tabela 2.5 Estatísticas de consistência interna da escala por dimensão	71
Tabela 2.6 Intervalos de confiança	75
Tabela 2.7 Teste à homogeneidade de variâncias para a variável Em que ano terminou a sua formação de base?	76
Tabela 2.8 Valores de resultado do teste Kruskall-Wallis para Ano de formação	77
Tabela 2.9 Teste à homogeneidade de variâncias para a variável Idade	78
Tabela 2.10 Resultados do teste Kruskall-Wallis para a variável Idade	79
Tabela 2.11 Resultados dos testes Levene e t para a variável Sexo	80
Tabela 2.12 Resultados do teste Mann-Whitney para a variável Sexo	81
Tabela 2.13 Teste à homogeneidade de variâncias para a variável Há quantos anos exerce a sua profissão?	82
Tabela 2.14 Teste de Kruskall-Wallis para a variável Há quantos anos exerce a sua profissão?	83
Tabela 2.15 Teste à homogeneidade de variâncias para a variável Há quantos anos trabalha nesta instituição?	84
Tabela 2.16 Teste de Kruskall-Wallis para a variável Há quantos anos trabalha nesta instituição?	85
Tabela 2.17 Teste à homogeneidade de variâncias para a variável Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?	86
Tabela 2.18 Teste de Kruskall-Wallis para a variável Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?	87
Tabela 2.19 Resultados dos testes Levene e t para a variável Exerce a sua actividade apenas no sector privado?	88
Tabela 2.20 Resultados do teste Mann-Whitney para a variável Exerce a sua actividade apenas no sector privado?	89

Tabela 2.21 Resultados dos testes Levene e t para a variável Actualmente para além desta Instituição trabalha noutra (s) local (ais)? 90

Tabela 2.22 Resultados do teste Mann-Whitney para a variável Actualmente para além desta Instituição trabalha noutra (s) local (ais)? 90

INTRODUÇÃO

O sucesso de uma boa administração reside, na utilização eficiente de todos os seus recursos, (financeiros, organizacionais, humanos e materiais) e, na sua capacidade para concretizar objectivos bem como avaliar os resultados.

Pretende-se com este estudo demonstrar que a utilização de instrumentos de apoio à gestão estratégica, permite uma correcta informação, e avaliação do desempenho bem como da eficiência e da eficácia com que as actividades são desenvolvidas, levando as organizações a avaliarem as suas *performances*, bem como dos seus profissionais de forma a que se tornem mais competitivas.

(...) a gestão do desempenho e a sua implementação nas organizações é, no enquadramento socioeconómico actual, (...) cada vez mais necessária como forma de melhorar a eficácia e a eficiência, contribuindo com a produtividade gerada para o aumento dos níveis de competitividade que permitam crescimentos sustentados gerando emprego, riqueza e qualidade de vida beneficiando assim, empregados, accionistas, consumidores, clientes e, conseqüentemente, a população (...) de uma forma geral (Seixo, 2007, p.12).

Esta avaliação justifica-se, essencialmente e em primeiro lugar numa perspectiva financeira, devido à representatividade dos custos totais efectuados com as unidades de saúde. Mas também, pelo facto de os gestores de saúde utilizarem os seus resultados para avaliarem o impacto das estratégias por si aplicadas, as suas possíveis correcções, bem como ainda, avaliar de forma comparativa com outras unidades de saúde o seu próprio desempenho (*benchmarking*).

O facto, da saúde ser um sector de grande complexidade, cujos recursos são bastante limitados, pode explicar o crescente interesse dos seus gestores, pela avaliação dos desempenhos (organizacional e profissional), pois através desta, poderão verificar a correcta utilização desses recursos, bem como, ainda apontar caminhos para o aumento da qualidade da prestação. Conforme refere Antunes (2001,p.180-181), “*a evolução económica e social e o custo muito avultado da prestação de cuidados de saúde tornaram impraticável (...) gratuidade dos cuidados de saúde (...); o aumento exponencial das despesas com a saúde tornou-se incomportável para os orçamentos do estado (...)*”. Assim, tal como reforça Tajra (2008, p.32), “*qualquer estabelecimento de saúde deve ser administrado como uma empresa que busca resultados, que alcança seus objectivos preestabelecidos e se distingue pelo sucesso alcançado por sua equipa de profissionais (...)*”.

Ao nível das organizações de saúde, gerir com eficiência e eficácia significa, compreender esta área de actuação, bem como toda a sua envolvência, partindo sempre do

pressuposto que *“não existe um modelo de organização que seja o melhor para a consecução da eficiência nas organizações. Em presença de ambientes externos pertinentes diversificados, o melhor modelo de organização é aquele que consegue uma melhor adaptação face às contingências das pressões e oportunidades desses mesmos ambientes”* (Ferreira, 2001, p.101).

A nível organizacional Tavares (2001, p.307), refere que nas últimas décadas têm ocorrido várias mutações, de forma a que as organizações consigam responder às pressões e oportunidades que se lhes deparam, com o desafio de repensarem as suas identidades, num quadro de competição acrescida. Segundo Montana (2003, p.170) organizar é o processo de reunir recursos físicos e humanos essenciais à consecução dos objectivos de uma empresa. Para Neves (2001, p.278), podem ser vários os aspectos de natureza individual que interferem com o funcionamento interno de uma organização, tanto de natureza pessoal como ambiental, sendo estes, condicionadores do desempenho pessoal e consequentemente da produtividade organizacional.

Neste estudo evidencia-se o papel dos fisioterapeutas, sendo fundamental o conhecimento da regulamentação da prestação de cuidados de saúde em fisioterapia, sendo esta feita através do quadro legal onde se define fisioterapia e fisioterapeuta. Este tem como suporte o código de ética da *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) e da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), onde estão definidos os padrões de prática da profissão. Tem como objectivo a padronização das práticas de qualidade e excelência desenvolvidas, e, a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados globais de saúde, pela implementação de elevados padrões de educação e prática em fisioterapia (APF, 2005).

A evolução ao nível das competências, dos saberes, e do desenvolvimento profissional, leva os fisioterapeutas a assumirem novas responsabilidades, reflectindo-se estas, numa maior eficiência, e eficácia da sua prática.

Este estudo deverá pois demonstrar a pertinência e a viabilidade da implementação de um sistema de avaliação de desempenho (através de indicadores de desempenho) como instrumento de gestão estratégica, em unidades privadas de fisioterapia.

Esta avaliação, constitui um importante factor crítico de sucesso, na efectivação de uma estratégia organizacional vocacionada para o aumento constante da produtividade, fundamentada na qualidade do desempenho profissional, bem como da autonomia, acrescentando esta responsabilização aos profissionais em geral, e neste estudo, particularmente, aos fisioterapeutas.

Foram levantadas questões em torno desta temática que serviram não só, para colocar em evidência a problemática central deste trabalho, mas também como linhas orientadoras para o desenvolvimento da investigação. Essas questões foram as seguintes:

Questão 1 – Que instrumentos de apoio à gestão existem?

Questão 2 – São utilizados instrumentos de apoio à gestão em unidades privadas de fisioterapia?

Questão 3 – Quais os instrumentos que, com as necessárias adaptações, poderão vir a ser implementados em unidades privadas de fisioterapia, com o objectivo de poderem acrescentar valor às organizações e aos profissionais que nelas trabalham?

Questão 4 – Poderá a utilização, nas unidades privadas de fisioterapia, de um instrumento de apoio à gestão melhorar os níveis de eficiência e de eficácia dos fisioterapeutas?

Foram ainda definidos dois tipos de objectivos, um geral e três específicos.

Como objectivo geral, o presente estudo propõe-se conhecer as necessidades de aplicação de ferramentas de apoio à decisão, colocadas à disposição dos gestores pela gestão científica, em todos os tipos de organizações, e neste caso, especificamente, nas unidades privadas de fisioterapia, e que, uma vez aplicadas, poderão induzir níveis acrescidos de desempenho organizacional/individual.

Em concreto, os objectivos específicos, consubstanciando preocupações relacionadas com a reprodução de conhecimento especializado em gestão, com a sua aplicação específica no terreno e com a subjacente criação de valor para as instituições e para as pessoas que nelas desempenham funções, são os seguintes:

- (i) Caracterizar os principais Instrumentos de Apoio à Decisão em Gestão, de natureza estratégica, que existem e estão à disposição dos gestores;
- (ii) Identificar que variáveis devem ser tidas em conta para seleccionar os instrumentos de decisão a utilizar;
- (iii) Analisar a capacidade desses instrumentos para induzir níveis acrescidos de eficiência e de eficácia nas unidades privadas de fisioterapia, tanto ao nível

Com vista ao cumprimento dos objectivos definidos foi utilizada a metodologia Estudo de Caso, inspirada na técnica de *focus group*, em três unidades privadas de fisioterapia. Nesta investigação foram utilizados dois tipos de instrumentos de recolha de dados.

Numa primeira fase foi efectuada uma entrevista semi-estruturada, com guião prévio, aos gestores/coordenadores, e numa segunda fase, foram distribuídos questionários aos fisioterapeutas que desempenham funções nas unidades seleccionadas, traduzindo estes a vertente quantitativa da pesquisa. A exploração de dados, na vertente empírica, utiliza métodos de análise qualitativa (análise de conteúdos) e quantitativa (estatística descritiva, ANOVA).

Este trabalho é estruturado em quatro capítulos, para além da Introdução. No Capítulo 1 “Enquadramento Teórico”, são abordados os fundamentos conceptuais do trabalho. O Capítulo

2 “Metodologia”, traduz a vertente empírica da aplicação do estudo no terreno, nele são ainda definidos os instrumentos utilizados, o tratamento e análise de dados. No Capítulo 3 “ Discussão de Resultados” faz-se a relação de todos os resultados obtidos e sua discussão. Por fim no Capítulo 4 “Conclusões e Sugestões de Intervenção” elaboram-se as conclusões do estudo de forma global e abrangente, identificando ainda as linhas orientadoras para uma intervenção ao nível das unidades privadas de fisioterapia, através da elaboração de um plano de intervenção a aplicar de forma gradual a todas estas unidades.

Capítulo1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Contextualização

Para melhor compreender o objectivo da Gestão, torna-se premente abordar o conceito de Organização, segundo alguns autores.

Assim, para Pinto (2006, p.84):

A organização, função da gestão visa estabelecer a estrutura de pessoas e a alocação dos recursos necessários para levar a cabo as acções planeadas (Pinto, 2006,p.84).

Para Chiavenato (2000, p.348):

As organizações constituem a forma dominante de instituição da moderna sociedade: são a manifestação de uma sociedade altamente especializada e interdependente, que se caracteriza por um crescente padrão de vida. As organizações permeiam todos os aspectos da vida moderna e envolvem a participação de numerosas pessoas.

Para Silva (2004, p.105):

(...) as organizações podem ser entendidas como espaços sociais onde emergem redes de sociabilidade específicas, sendo igualmente interpretáveis como um locus onde se confrontam os valores face ao trabalho e ao próprio contexto estrutural da organização (...) o espaço sócio-organizacional não é somente um espaço físico, mas também é um espaço de comunicação, que se dinamiza em função da natureza das interacções entre os grupos profissionais.

Nos últimos anos, as organizações têm vindo a adaptar-se às sucessivas alterações ocorridas nos diferentes segmentos de mercado. A relação com os clientes tornou-se de uma importância decisiva para o sucesso das mesmas, pois clientes satisfeitos podem aumentar o fluxo de negócios e promover a sua imagem. Deste modo, podemos sugerir que a competição faz com que as empresas sintam a necessidade de adoptarem modelos estratégicos de gestão que as tornem mais sustentáveis a longo prazo.

Segundo Chiavenato (2000, p.15), as organizações são por um lado sistemas abertos, que se defrontam com as incertezas provenientes das coacções e contingências impostas pelo ambiente, e que nelas penetram ao nível institucional. A sua eficácia reside na tomada de decisões capazes de permitir que a organização se antecipe às oportunidades, e se defenda das coacções ajustando-se às contingências do ambiente. Mas por outro são também sistemas fechados, tendo em vista que o nível operacional funciona previsivelmente de acordo com

critérios de racionalidade limitada. Resultando a sua eficiência das operações executadas dentro das rotinas standartizadas, e da aplicação dos recursos disponíveis.

Cada organização deve [assim] ser considerada sob o ponto de vista de eficácia e de eficiência, simultaneamente. Eficácia é uma medida do alcance dos resultados, enquanto a eficiência é uma medida de utilização dos recursos nesse processo. Em termos económicos, a eficácia de uma empresa refere-se à sua capacidade de satisfazer uma necessidade da sociedade por meio do suprimento de seus produtos (bens ou serviços), enquanto a eficiência é uma relação técnica entre entradas e saídas. Nestes termos, a relação eficiência é uma relação entre custos e benefícios, ou seja uma relação entre os recursos aplicados e o produto final obtido (...) (Chiavenato, 2000, p.177).

É ainda notória, a crescente pressão e influência que o ambiente externo exerce sobre as organizações, impelindo-as a darem maior atenção aos problemas sociais e laborais, de forma a não condicionarem a sua capacidade de trabalho. É igualmente importante ter a visão cada vez mais focalizada no futuro, deixando de lado os paradigmas tradicionais da avaliação de desempenho, bem como os modelos de gestão centrados em resultados meramente financeiros.

No contexto da organização o acto de avaliar faz parte do quotidiano e apresenta importantes repercussões na vida dos actores organizacionais e dos resultados globais da organização. Avalia-se o desempenho individual, a competência profissional de uma equipa de trabalho, a eficácia de uma medida de gestão, o clima de trabalho, o futuro da organização, etc. Tais avaliações são operacionalizadas com base em opiniões, cuja âncora principal são os valores (Neves, 2001, p.259).

As organizações de saúde existem, e são geridas, com base nos conhecimentos pessoais de cada elemento que constitui a organização, estando o seu desenvolvimento e manutenção directamente relacionados com o seu capital intelectual e humano (Tajra, 2008).

Em situação organizacional, o comportamento humano é motivado por um conjunto variado de necessidades em permanente evolução, nas organizações de saúde em particular, e devido à multiplicidade de identidades e valores profissionais, não existe apenas uma cultura, mas diferentes culturas profissionais.

O actual pensamento empresarial coloca os recursos humanos como base de sustentabilidade do desenvolvimento das organizações, sendo que, na sua base se encontra o indivíduo, avaliado segundo o seu desempenho, competências, formação, motivação, polivalência, responsabilidade e capacidade de trabalho em grupo. Brilman (2000, p.373) refere, a este respeito, que “os recursos humanos são o nosso principal activo”.

Para atingir um bom desempenho organizacional é fundamental para a organização o desenvolvimento de uma gestão de recursos humanos adequada, entendendo-se esta como o conjunto de tarefas, constituídas por recrutamento, retribuição, formação, motivação dos indivíduos bem como a sua avaliação. Será necessário que a selecção dos colaboradores seja efectuada tendo por objectivo as capacidades e competências exigidas para o lugar em questão, tornando-se isso essencial para gestão da organização a longo prazo (Antunes, 2001; Câmara, 2006).

Esta é uma das prioridades dos gestores que, conjuntamente com a permanente avaliação, são consideradas fundamentais para o sucesso organizacional. A avaliação dos recursos humanos deve incluir uma análise ao nível de quatro tipos de factores: eficiência, eficácia, evolução ou progressão ao longo do tempo, e interacção.

Sobre este último aspecto (a interacção), Passos (2001, p.335) faz salientar que:

(...) o comportamento das organizações e o desempenho das actividades inerentes ao seu funcionamento não são apenas de carácter individual mas também grupal. A existência de grupos não é apenas uma realidade de carácter psicossocial, constituindo igualmente uma mais – valia que permite aumentar a eficácia global da organização assim como o nível de satisfação dos seus elementos.

Em contexto grupal, devemos ainda referir as relações de poder, de autoridade, e de controlo organizacional, verificadas nas relações interpessoais dentro de uma organização. No que concerne ao controlo, Teixeira (2005, p.211) assume-o como sendo o “*processo de comparação entre o desempenho actual e os standards (ou padrões) previamente definidos, com vista à execução de medidas correctivas eventualmente necessárias*”. A sua implementação deve ser feita com a colaboração e o conhecimento de toda a estrutura organizacional (gestores de topo, intermédios e operacionais).

Para Jordan (2008, p.17), “*o âmbito do controlo de gestão é conseguir realizar a estratégia das entidades pelo desenvolvimento de instrumentos práticos de gestão concebidos com os gestores e para os gestores*”.

Para que seja possível efectuar todo o processo de controlo e avaliação, a gestão corrente, bem como a gestão estratégica, podem recorrer a diferentes tipos de instrumentos. A selecção do instrumento a utilizar, será feita pela gestão de topo, tendo sempre presente, entre outros factores, a cultura organizacional que, segundo Silva (2004, p.97-98) “*é entendida como uma entidade modeladora dos ganhos de produtividade e do grau de empenhamento dos trabalhadores, o que tem gerado a crença de que a cultura constitui um factor de diferenciação*

e marca de prestígio das empresas bem sucedidas”, sendo constituída por um conjunto de valores e atitudes importantes na estruturação do desempenho organizacional.

1.2 Gestão e Gestão Estratégica

O sector empresarial tem sido palco, ao longo de várias décadas, de sucessivas reestruturações, potenciando a sua capacidade produtiva através da melhoria de processos, métodos de trabalho e optimização de custos, permitindo-lhe efectuar com assinalável eficácia a gestão dos respectivos recursos.

Segundo Teixeira (2005, p.3), *“a tarefa da gestão é interpretar os objectivos propostos e transformá-los em acção empresarial, através de planeamento, organização, direcção e controlo de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da empresa, a fim de atingir esses mesmos objectivos”*.

A palavra gestão, originária do termo latim *“gestione”*, refere-se, com efeito, ao acto de *planear, organizar, executar e controlar*, procurando sempre garantir a eficiência e a eficácia de todos os recursos disponíveis na organização, e visando ainda atingir os objectivos pré – determinados.

A vertente financeira da gestão está presente em todas as tomadas de decisão dentro de uma organização, desenvolvendo-se as actividades mais correntes no âmbito da gestão de disponibilidades, rentabilidade, estruturação financeira e do controlo económico-financeiro corrente.

São vários os desafios que se colocam aos gestores, salientando-se, de entre eles: (a) a racionalização da gestão de todos os activos, e consequente avaliação; (b) fazer mais com menos recursos (eficiência); (c) atingir os objectivos fixados (eficácia).

Os gestores devem ainda, adaptar-se às constantes mutações do ambiente externo e das próprias organizações, identificando as evoluções globais, para que lhes seja mais fácil preparar e prever as necessidades da sua própria organização.

A gestão deve, assim, basear-se na evidência e no planeamento prévio, estabelecendo prioridades, objectivos e actividades.

Santos (2008, p.34), refere-se ao gestor como:

o membro da organização que integra e coordena o trabalho de outros membros e que desempenha, com maior ou menor grau de autonomia, um conjunto de actividades de planeamento, organização, liderança e controlo. Uma vez definidos os objectivos organizacionais, a estratégia, a tática, e os planos tendentes à sua consecução, o gestor precisa proceder à organização dos

recursos colocados à sua disposição, ou seja, seleccionar a estrutura organizacional mais adequada.

O gestor de unidades de saúde, em particular, além do desempenho de vários papéis, deve ainda dominar um vasto conjunto de conhecimentos específicos, aliando as competências operacionais, à visão estratégica e à capacidade de concretização no terreno.

Classicamente, podemos considerar três níveis de gestão: o institucional, o intermédio e o operacional. O primeiro caracteriza-se por uma forte componente estratégica, com uma visão global da organização, e está relacionado com os gestores de topo. No segundo predomina a componente tática, relacionada com os responsáveis por cada área ou departamento. No terceiro nível prevalece a componente técnica, da responsabilidade dos chefes de serviço ou de secção.

As organizações são definidas como sistemas abertos, que interagem permanentemente com o seu ambiente, sofrendo deste influências e impelindo-as a mutações constantes. Estes sistemas apresentam diferentes parâmetros, como entradas (*inputs*), fundamentais ao bom funcionamento dos mesmos (ex. matérias primas, recursos financeiros e humanos), processamento (transformação dos *inputs* em *outputs*), e *feedback* (controlo e reajustamento da organização às suas diferentes necessidades).

[Assim], qualquer organização, como sistema aberto, é um produto do seu ambiente externo, na medida em que é nele que encontra a energia, a informação e a matéria que são vitais para o seu funcionamento. Por outro lado, quando exporta os seus outputs para o ambiente externo, pode afirmar-se que é cada organização, por si que contribui para a formação e reprodução. (Ferreira, 2001, p.100)

A gestão estratégica é, precisamente, a vertente da gestão que se ocupa do binómio relacional Empresa-Envolvente, para delinear decisões de horizonte temporal mais alargado. De origem grega, a palavra “estratégia” denota atributos precisos, como planeamento e liderança.

Conforme refere Chiavenato (2000, p.280), “o antigo conceito militar define estratégia como a aplicação de forças em larga escala contra algum inimigo. Em termos empresariais, podemos definir a estratégia como a mobilização de todos os recursos da empresa no âmbito global visando atingir os objectivos a longo prazo”.

Segundo diversos autores, (Ansoff, 1965; Porter, 1980; Mintzberg, 1988) a definição de estratégia, assenta na impossibilidade de separação, entre a organização e o seu ambiente externo (meio envolvente) que, se por um lado representa uma condicionante à sua actividade, por outro, lhe oferece importantes oportunidades. É esta relação entre a organização e a sua envolvente que dá sentido ao conceito de estratégia.

Para Reis (2008, p.16):

A estratégia consiste no estabelecimento da direcção do desenvolvimento de uma organização através da programação dos seus recursos, capacidades e competências que permitem, face a uma envolvente externa em evolução permanente, ter um desempenho superior e sustentado para atingir os objectivos, de modo a alcançar a sua visão e missão.

O mesmo autor (2008, p.44) refere ainda que, “a estratégia tem de estar em consonância com a missão e com os objectivos da organização e traduzir a lógica comercial da empresa isto é: exprimir os princípios estabelecidos para concretizar a sua finalidade”.

Quando a organização formula a sua estratégia, esta tem como base a análise do meio ambiente, tanto contextual, como transaccional, sendo fundamental a sua compreensão e interpretação com vista à criação de “padrões” próprios de decisão, para a resolução dos problemas criados por esse ambiente.

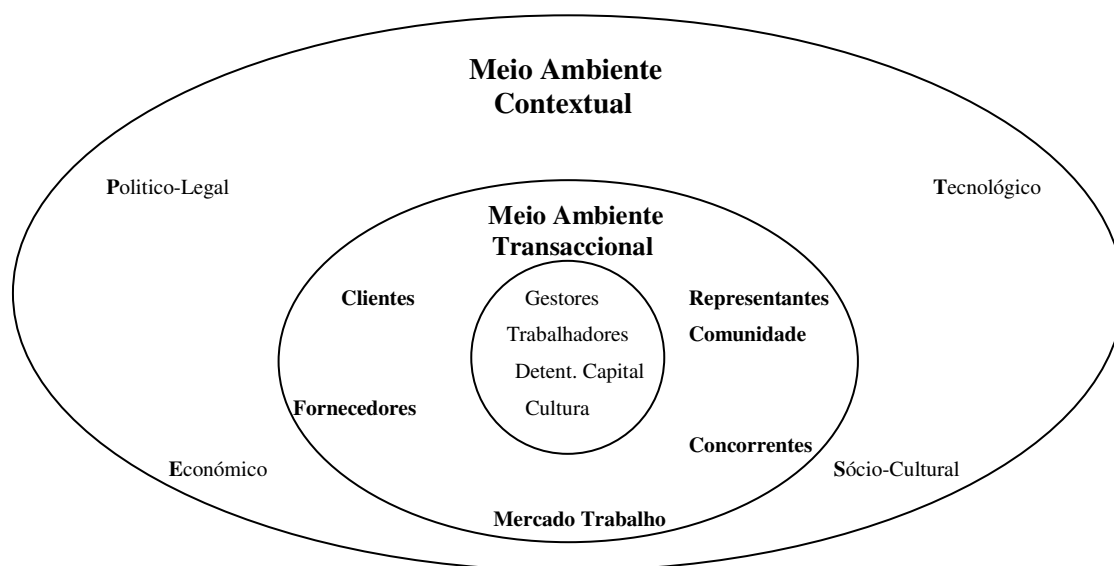


Fig. 2.1- Meio Ambiente da Organização

Fonte: Pinto 2006:73

A análise do meio envolvente é feita a dois níveis. O nível externo, onde se procuram as oportunidades (**O**portunities) e as ameaças (**T**hreats), e cujo diagnóstico avalia (constantemente) o contexto onde a organização se insere, seja na perspectiva dos “*stakeholders*” a quem se destinam os seus produtos e serviços (meio envolvente transaccional), seja na perspectiva da sociedade em geral (meio envolvente contextual) incluído aspectos mais globais, tais como os **Político-Legais**, **Económicos**, **Sócio-Culturais**, e **Tecnológicos**. Ao nível interno, a análise é focalizada na realidade interna da organização (recursos e competências existentes) e procura

avaliar os seus pontos fortes (**Strengths**) e pontos fracos (**Weakness**), relativamente aos concorrentes.

A articulação dos resultados dos diagnósticos (externo e interno) é sintetizada num único instrumento: a designada matriz **SWOT**. Esta é uma ferramenta de gestão estratégica, de síntese, que, cruzando oportunidades e ameaças detectadas nas envolventes, com pontos fortes e fracos da organização, projecta linhas genéricas de acção estratégica para o futuro.

Com base na **SWOT** são depois detalhadas as linhas de rumo identificadas e sobre as quais terão de ser tomadas decisões de gestão. Tudo isto alinhado com a Missão definida para a empresa ou organização.

Existem vários instrumentos de apoio à decisão que importa conhecer para que possam ser bem seleccionados, de acordo com o seu contexto mais adequado de aplicação. De seguida passamos a analisar mais pormenorizadamente alguns desses instrumentos, com especial relevo para os instrumentos de abordagem comportamental, pois a preocupação com o desempenho organizacional e profissional é de maior incidência neste estudo.

1.3 Instrumentos de Apoio à Gestão e de Desempenho Organizacional

Segundo diferentes autores (Freire, 1997; Jordan, 1998; Brilman, 2000), gerir no sentido da estratégia, significa conceber um conjunto de instrumentos orientados para o futuro, tornando-se necessário o diagnóstico das realidades passadas e presentes, para que seja possível a definição de uma actuação tendo em vista o futuro. Para que a escolha do instrumento possa ser efectuada, face às necessidades existentes na organização em cada ciclo de vida, há que ter em conta a situação económica e financeira, a evolução do elemento humano, a cultura organizacional e tecnológica, bem como o meio envolvente e as áreas de intervenção. Os instrumentos de apoio à decisão são variados, podendo ser utilizados isoladamente ou em conjunto (*product-mix* do controlo da gestão). A sua aplicação adequada varia de organização para organização, bem como dentro da mesma, e ao longo dos anos. De entre esses instrumentos, destacamos os de: (a) pilotagem; (b) orientação do comportamento; (c) diálogo.

1.3.1 Instrumentos de Pilotagem

Estes instrumentos permitem à gestão, “*assegurar-se de que os resultados a curto prazo não constituem um obstáculo à realização do plano a longo prazo*” (Jordan, 2008, p.43). Tanto a análise estratégica, como o plano estratégico, são instrumentos da responsabilidade da gestão

de topo, elaborados a montante do controlo da gestão, como podemos observar na figura seguinte:

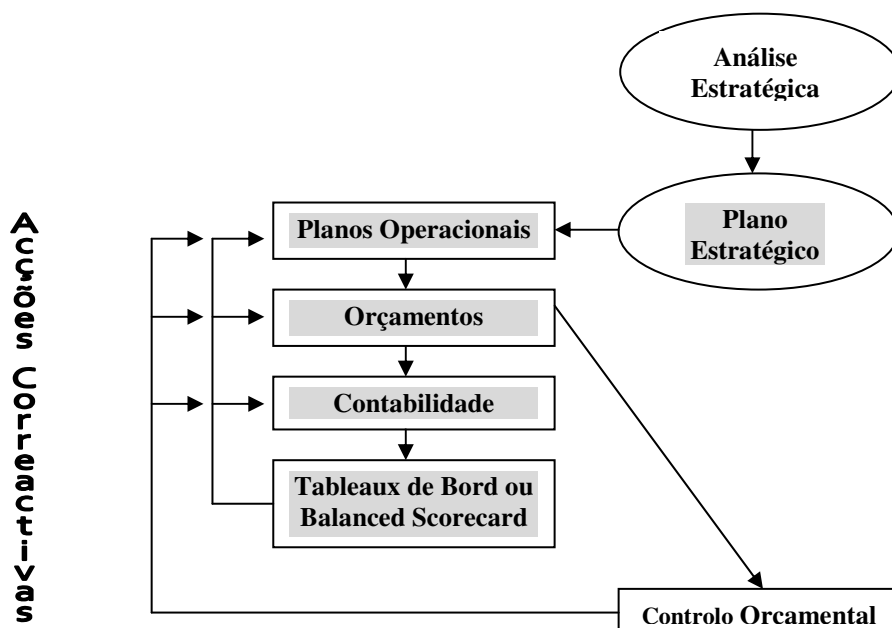


Fig. 2.2- Instrumentos de apoio à gestão

Fonte: Adaptado de Jordan et al (2008:33)

O resultado da análise estratégica, que compreende a avaliação da envolvente da organização, irá permitir à gestão de topo a definição dos objectivos e estratégias (visão, missão e opções), que virão depois a ser formalizados no plano estratégico.

O plano ou planeamento estratégico efectua-se ao nível da gestão estratégica e “*refere-se ao processo de identificação e escolha de estratégias adequadas para lidar com o meio envolvente transformando as ameaças em oportunidades e procurando atingir os objectivos pré-definidos*” (Jordan, 2008, p.64).

Conforme refere Cardoso (1992), o planeamento estratégico pode ser definido como um processo de recolha e tratamento de informação, não só sobre o ambiente em que a empresa está inserida, mas também sobre a própria empresa, tendo como objectivo a tomada de decisão, através da qual a mesma se adapte, modifique e actue no seu contexto de inserção. Já Chiavenato (2000, p.282) faz salientar que:

O planeamento estratégico refere-se à maneira pela qual a empresa pretende aplicar determinada estratégia para alcançar os objectivos propostos. É um planeamento global e a longo prazo. A elaboração do planeamento estratégico exige quatro fases: a) Formulação dos objectivos organizacionais; b) Análise

interna da empresa; c) Análise externa da empresa e d) Formulação das alternativas estratégicas.

É ainda, o ponto de partida para, a fase de controlo da gestão, visando a previsão do futuro da organização e definindo objectivos a médio e longo prazo.

Na fase de controlo da gestão, falamos de plano ou planeamento operacional, com referência essencialmente às acções imediatas que ocorrem ao nível operacional, funcionando como execução das operações definidas no plano estratégico, e têm um horizonte de curto prazo. O orçamento é um instrumento de decisão que, “*enquanto documento financeiro, é a tradução monetária dos planos de acção*” (Jordan, 2008, p.80).

Como instrumento, a contabilidade analítica, tem como principal função, fornecer de forma rigorosa, as consequências ao nível económico-financeiro da empresa decorrentes das tomadas de decisão por parte da gestão. Pode ainda ter um papel importante no controlo retrospectivo dos resultados e na validação das decisões financeiras por parte dos gestores. O controlo orçamental, avalia apenas as actividades económico-financeiras da empresa, tendo como principal objectivo, o controlo do cumprimento do orçamento da mesma (Jordan, 2008).

1.3.1.1 Instrumentos de Pilotagem/Acompanhamento da Gestão

Após a análise dos instrumentos de pilotagem que se baseiam apenas na vertente financeira, passamos à análise do tableaux de bord e do balanced scorecard, sendo estes, instrumentos de acompanhamento da gestão que incluem indicadores financeiros e não-financeiros.

O tableaux de bord (TdB) ou painel de bordo é considerado um instrumento de acção, rápido, que actua a curto prazo. Sendo muito sintético, contém poucos mas diversificados indicadores, nas áreas financeira e não financeira, para que seja possível ao gestor acompanhar as variáveis essenciais do plano previamente elaborado, havendo ainda a possibilidade de os “desagregar” (*drill down*) para mais facilmente se chegar ao verdadeiro problema em resolução. Estes painéis devem constantemente ser actualizados.

Segundo Jordan (2008), este é um instrumento que permite fazer uma comparação entre o que foi planeado e o que na realidade foi realizado, podendo ser personalizado para cada gestor e para cada nível hierárquico, favorecendo o diálogo entre as diferentes hierarquias. Através de um trabalho conjunto, evidencia e estimula as tomadas de decisão e tem ainda uma acção correctiva sobre os desvios.

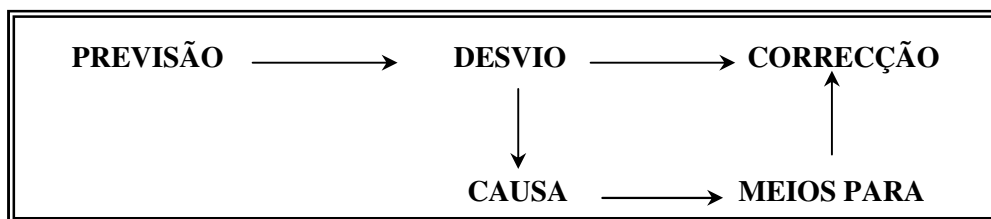


Fig. 2.3- Actuação dos Tableaux de Bord

Fonte: Elaboração própria

O *balanced scorecard* (BSC) ou painel equilibrado de gestão estratégica (PEGE) foi desenvolvido por Kaplan e Norton em 1992. Inicialmente, foi definido só como um instrumento de avaliação do desempenho organizacional, transformou-se rapidamente numa ferramenta fundamental de gestão estratégica, sendo considerado, hoje, um instrumento de ligação entre a estratégia e a actividade operacional.

Segundo os seus criadores, o BSC é mais do que um sistema de medidas tácticas ou operacionais, afirmando-se como um sistema de gestão estratégica a longo prazo que se baseia em três dimensões temporais: ontem, hoje e amanhã.

O BSC permite aos gestores uma maior abrangência do desempenho da organização, baseando-se numa visão sistemática de variáveis que avaliam a organização como um todo. Visa, em concreto, o estabelecer e traduzir a visão e a estratégia da organização, comunicar e associar objectivos e medidas estratégicas, planear, estabelecer metas e alinhar iniciativas estratégicas, bem como melhorar o feedback e a aprendizagem estratégica.

Segundo Tajra (2008, p.114), “*este sistema de medição incorpora um conjunto de medidas mais genéricas e integradas que vincula o desempenho sob a óptica dos clientes, processos internos, funcionários e sistemas do sucesso financeiro a longo prazo*”. As medidas meramente financeiras, tornam-se insuficientes para a avaliação rigorosa de uma organização, representando o BSC, o caminho a ser seguido pela organização. Esta deve ter como referenciais a missão, a visão, os valores e os objectivos estratégicos da mesma, pois no BSC “*todas as estratégias estão interligadas numa relação de causa e efeito*” (Tajra 2008, p.115).

Para Biselli (2004, p.8),

Ele traduz missão e estratégia em objectivos e medidas, organizados segundo quatro perspectivas diferentes: financeira, clientes, dos processos internos e da aprendizagem e crescimento. O Scorecard cria uma estrutura, uma linguagem, para comunicar a missão e a estratégia, e utiliza indicadores para informar os funcionários sobre os vectores de sucesso actual e futuro. Ao articularem os resultados desejados os executivos esperam canalizar as energias, as habilidades e

os conhecimentos específicos das pessoas na empresa inteira, para alcançar as metas de longo prazo.

Para que os gestores consigam atingir os objectivos traçados pela organização, necessitam de indicadores que lhes forneçam informações sobre os diversos aspectos do ambiente e do seu desempenho. Esses indicadores são dados, quase sempre numéricos, que representam um determinado acontecimento, sendo utilizados para medir um processo e definir metas de desempenho. São indicadores de desempenho, financeiro e não financeiro, de curto, médio e longo prazo, de resultados e indutores de resultados, dando origem a uma avaliação global, integradora e multidimensional do desempenho da organização.

Concluimos assim que, de entre os instrumentos de pilotagem investigados, os que monitorizam os resultados de forma multidimensional e, por isso, com maior eficiência e eficácia são os tableaux de bord e o balanced scorecard, tendo estes como principais características a rapidez, a diversidade dos indicadores, o poder de síntese sobre o essencial a avaliar, e ainda a melhor adaptação ao utilizador. Esta situação deve-se ao facto de num sistema tableaux de bord ou num balanced scorecard não existir uma standardização dos indicadores, sendo estes específicos para cada caso e pensados de acordo com as responsabilidades de cada gestor. Tendo várias utilizações, são igualmente instrumentos de orientação do comportamento e de diálogo.

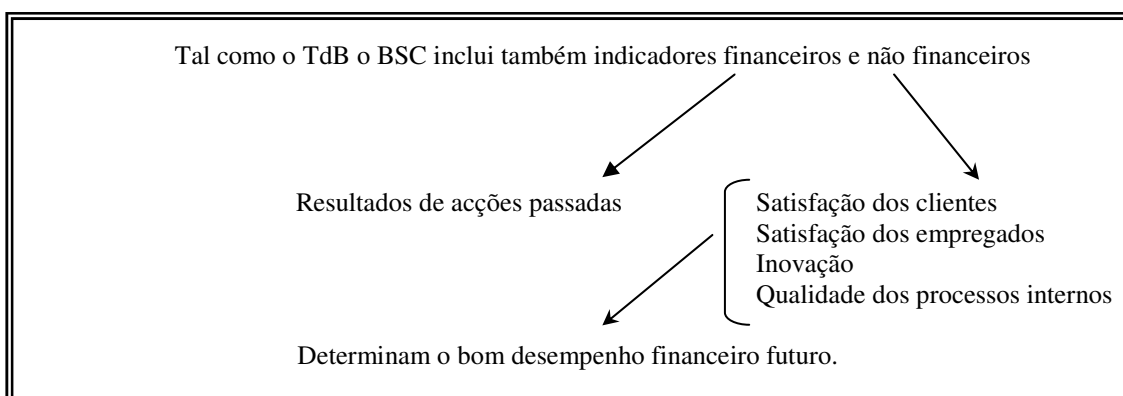


Fig. 2.4- Tableaux de Bord e Balanced Scorecard

Fonte: Elaboração própria

1.3.2 Instrumentos de Orientação do Comportamento

As organizações de saúde, bem como os seus colaboradores, necessitam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deverá incidir sobre a capacidade de adaptação às mudanças observadas no mundo actual. Com efeito, na actualidade *“as novas formas de pensar a empresa colocam os recursos humanos como base de sustentabilidade de*

desenvolvimento e continuidade da própria empresa. (...) na base encontra-se o individuo, avaliado segundo a competência, a formação, a motivação, (...)” (Zorrinho, 2007, p.46). Torna-se, por isso, fundamental a uma organização que pretenda adoptar uma abordagem de cariz estratégico, assimilar a percepção da alternância de prioridades entre os recursos financeiros e os humanos, passando estes últimos a desempenhar um papel primordial. O conhecimento e as competências dos seus colaboradores adquirem, nesta perspectiva, uma importância crescente em relação à componente financeira. Conforme faz salientar Zorrinho (2007, p.49), *“o conhecimento é o motor do processo de produção”*.

É, assim, premente compreender a avaliação de desempenho como um instrumento de gestão que controla e direcciona o comportamento e o conhecimento dos trabalhadores, em prol dos objectivos organizacionais, uma vez que *“a vantagem competitiva das empresas está na maneira de utilizar o conhecimento das pessoas, colocando-o em ação de modo rápido e eficaz, na busca de soluções satisfatórias e de novos produtos e serviços inovadores”* (Ribeiro, 2005, p.1).

1.3.2.1 Avaliação de Desempenho

A Avaliação de Desempenho é um instrumento de monitorização e gestão estratégica. Mesmo não havendo consenso sobre como medir o desempenho, este é sempre definido em relação ao cumprimento de objectivos e metas.

A preocupação com o desempenho humano, bem como em torná-lo um indicador para obtenção de resultados, tornou-se fonte de atenção central para o aumento da produtividade. Para se manterem competitivas e bem adaptadas ao contexto sócio-económico, as organizações tentam adoptar ferramentas de gestão de pessoas que possam igualmente contribuir para um aumento do desempenho organizacional. A avaliação do desempenho tem ainda como principal resultado o reconhecimento de áreas de oportunidades, levando assim os profissionais a terem conhecimento dos seus aspectos mais fortes ou mais fracos, onde necessitam de um maior acompanhamento ou formação (Câmara, Guerra e Rodrigues, 1999).

Sendo um instrumento de gestão de enorme valor, a avaliação de desempenho quando devidamente utilizada deverá identificar desequilíbrios ao nível da função, deficiências da organização, e responsabilização do pessoal em geral, não se esgotando na análise do desempenho individual (Chiavenato, 1981).

Esta abordagem dependerá, portanto, de uma fixação clara de princípios, objectivos e metas que se queiram avaliar. A eficiência deve ser considerada apenas uma de entre várias dimensões do desempenho, tal como a equidade, a motivação e a satisfação.

“A avaliação do desempenho é um instrumento de apoio à gestão e um factor de mobilização em torno da missão dos serviços e organismos e por isso deve ser vista como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos serviços” (Toscano, 2004, p.2). É um processo de apreciação sistemática dos trabalhadores no exercício das suas funções e deve contribuir para o seu desenvolvimento futuro, bem como para o da própria organização, pois *“no essencial, pessoas e organizações têm ambições idênticas e partilham os mesmos objectivos: crescer de forma sustentada; pelo que estão criadas as condições para estabelecer parcerias e compromissos que serão tão mais estáveis quando ambas as partes sintam os seus efeitos”* (Seixo, 2007, p.9).

Através dessa avaliação, a organização pode identificar em que medida o desempenho individual do trabalhador contribui para satisfazer os objectivos estratégicos da própria organização, tratando-se um processo de acompanhamento contínuo, entre avaliador e avaliado.

“ Cada indivíduo tem os seus objectivos próprios, os seus projectos, que procura desenvolver, mesmo que confrontado com as contingências estruturais institucionais da organização” (Ferreira, 2001, p.118).

Como os demais profissionais de saúde, também os fisioterapeutas pretendem atingir um elevado grau de eficácia e de eficiência na prestação de cuidados por si prestados, estando estes conceitos cada vez mais associados às boas práticas, o que torna fundamental a avaliação dos desempenhos. Através desta avaliação determinam-se competências tão variadas como: visão estratégica, planeamento, organização, responsabilidade, liderança, tomada de decisão, solução de problemas, iniciativa, proactividade, criatividade e inovação, auto-desenvolvimento, gestão de conflitos, flexibilidade e adaptação a mudanças, competências interpessoais e interprofissionais, entre outras (Pontes, 1991).

Com o objectivo, sempre presente, de possibilitar a classificação e clarificação dos saberes e crescente vontade de os quantificar com rigor, têm-se multiplicado os esforços em diferentes áreas como a sociologia, a psicologia, a pedagogia, etc., na tentativa da construção de instrumentos fiáveis de avaliação do desempenho, reflectindo-se este no sucesso da própria organização, devendo por isso ser sempre objectivamente avaliado.

1.3.2.1.1 Instrumentos de Avaliação de Desempenho

Sendo o desempenho humano resultante de diferentes factores, tais como características pessoais, contexto sócio-económico e ainda ambiente exterior à organização, a implementação de um sistema de avaliação representa, actualmente, um enorme desafio para os gestores de

recursos humanos, pelo que a escolha do instrumento de avaliação de desempenho é um processo complexo e de extrema importância.

“Os sistemas de avaliação devem ser justos e imparciais, baseados em padrões de desempenho atingíveis, objectivos e claros, apoiados na realidade dos cargos ou postos de trabalho” (Castro, 1996, p. 39). São duas as correntes de investigação, uma utilizando o método qualitativo e outra o quantitativo. É vulgar a conotação do primeiro com a subjectividade e fraco rigor, apesar de um aprofundamento na compressão da realidade, bem como uma maior riqueza de pormenores, enquanto o segundo é conotado com a precisão, a objectividade e o rigor. Estes dois métodos de investigação utilizam diferentes instrumentos de avaliação, segundo diferentes técnicas de recolha da mesma, e têm como base quatro elementos comuns: o suporte, a estrutura, os materiais e ainda o contexto social e humano em que os mesmos são aplicados.

Para Lemos (1992), a informação pode ser recolhida segundo diferentes técnicas, destacando de entre elas os inquéritos, a observação, a análise e os testes. Estas utilizam, por sua vez, diferentes instrumentos, nomeadamente, questionários, entrevistas, técnicas projectivas, registos, fichas ou grelhas de observação, escalas, inventários e diferentes tipos de testes. Pode ainda acrescentar-se que, para a obtenção de um maior rigor na avaliação, os investigadores tendem a recorrer a mais de um instrumento, tendo este procedimento sempre o objectivo de uma melhor e mais completa avaliação do desempenho.

Os Questionários são definidos (Fortin, 2003) como sendo um conjunto de questões que vão permitir a avaliação de atitudes ou opiniões dos indivíduos a avaliar. Estas são normalmente ordenadas por assunto, podendo ainda designar-se por teste, inventário, escala, registo etc., de acordo com a relação que possa existir entre os diferentes itens ou questões que compõem o questionário (Reis, 1999).

Existem também diversos tipos de Entrevistas (pessoal, telefónica, em grupo, social ou em painel), podendo ser: (a) estruturadas ou sistemáticas, se as questões colocadas forem fechadas, previamente definidas e escritas de forma a haver uniformidade na informação obtida, o que “*requer o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenvolvimento, a análise e a interpretação da medida*” (Fortin 2003, p.246); (b) semi-estruturadas, se seguirem um guião previamente preparado que serve de eixo orientador, revelando uma grande flexibilidade e adaptação ao entrevistado; (c) não estruturadas ou abertas, se o entrevistador propuser apenas um tema, deixando fluir a conversa e encorajando e promovendo a participação do entrevistado.

As Técnicas Projectivas são definidas (Fortin, 2003, p.375), como “*estratégias que consistem em estudar reacções de indivíduos com a ajuda de simulações pouco estruturadas, a fim de conhecer a percepção que estes (...) têm do mundo*”. Este tipo de técnicas são usadas essencialmente em psicologia, incluindo vários tipos de testes, permitindo obter medidas

psicológicas com o mínimo de colaboração por parte dos indivíduos, tendo como objectivo primordial a compreensão destes.

As Fichas ou Grelhas de Observação são instrumentos de registo da avaliação efectuada e constituem um dos principais instrumentos de avaliação. Estas grelhas devem ser simples, claras e rigorosas no que pretendem avaliar.

1.3.3 O SIADAP e a Avaliação dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) / Fisioterapeutas

Como atrás referimos, os sistemas de avaliação de desempenho devem constituir instrumentos de controlo, com o objectivo de contabilizar a eficiência e eficácia dos diferentes níveis organizacionais. A administração pública utiliza um sistema de avaliação específico, vulgarmente designado por SIADAP, (Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública), que teve origem na Lei n.º 10/2004 de 22 de Março, e tem como princípio básico *“o desenvolvimento coerente e integrado de um modelo global de avaliação que constitua um instrumento estratégico para a criação de dinâmicas de mudança, de motivação profissional e de melhoria na Administração Pública”* (Lei 10/2004, art.º1, 2º ponto). A partir da sua aprovação, todas as categorias, promoções e progressões nas carreiras, ficaram condicionadas pela aplicação deste sistema de avaliação de desempenho, sendo proposto pela primeira vez, uma avaliação dos funcionários, dos dirigentes e igualmente das organizações, tornando-se assim evidente a designação de sistema integrado. Mas, devido à constatada inoperacionalidade desta primeira versão, o conselho de ministros acaba por aprovar, em 2007, a Lei n.º 66-B/2007 de 28 de Dezembro que estabelece o “novo” SIADAP, tendo este agora o objectivo de *“contribuir para a melhoria do desempenho e qualidade de serviço da Administração Pública, para a coerência e harmonia da acção dos serviços, dirigentes e demais trabalhadores e para a promoção da sua motivação profissional e desenvolvimento de competências”* (Lei 66-B/2007, art.º1, 2º ponto).

O novo SIADAP aplica-se a todos os serviços da administração pública, inclusive às unidades de saúde, sendo um instrumento de avaliação de desempenho para todas as categorias profissionais. Segundo o art.º 23 do Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro, todos os fisioterapeutas têm de ser sujeitos a avaliação de desempenho, pelo menos de três em três anos, estando a mesma definida nos artigos 18º a 31º do mesmo Decreto -Lei, e sendo, inclusivamente, referido no art.º 19º que *“a avaliação do desempenho é obrigatoriamente considerada na progressão e promoção na carreira”* (Decreto-Lei 564/99, art.º3, 3º ponto),

sendo ainda feita a ressalva que, *“a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica constitui, nos termos da lei, um corpo especial”*.

Assim, apesar de pertencerem à carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) e esta se encontrar regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 384-B/85, de 30 de Setembro, e diplomas complementares, inserindo-se nos corpos especiais da saúde instituídos pelo Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho, também os fisioterapeutas que exercem as suas funções na administração pública, são avaliados ao abrigo deste sistema. O que torna ilegal, a avaliação efectuada através daquele sistema, devido à carreira possuir já um sistema específico de avaliação do desempenho e deste não ter sido, até à presente data, adaptado às regras do SIADAP.

Esta situação revela a falta de regulamentação, na adaptação das regras constantes da Lei 66-B/2007 a determinadas carreiras, como a dos TDT, que sejam consideradas como corpos especiais da Administração Pública e que possuam já regimes específicos de avaliação de desempenho. Convém salientar que Lei 66-B/2007, de 28 de Dezembro, determina, igualmente no seu art.º 82º n.º1 que:

A avaliação do desempenho referente a 2008 nos serviços e organismos, assim como nas carreiras de regime especial e corpos especiais que disponham de um sistema de avaliação de desempenho específico que ainda não tenha sido adaptado ao abrigo do n.º3 do art.º2.º ou do art.º21.º da Lei 10/2004, de 22 de Março, efectua-se de acordo com o respectivo sistema específico, até à sua adaptação nos termos do art.º3.º e do n.º 2 do artigo 86º.

Podemos, assim, questionar se os métodos de avaliação de desempenho estarão na realidade a ser os adequados e se contribuem para que os trabalhadores, em processo de avaliação, alcancem o sucesso nas suas metas e nas da própria organização.

1.3.4 Instrumentos de Diálogo

Os instrumentos de diálogo podem de alguma forma facilitar a comunicação entre as diferentes hierarquias. Devem ser eficientes, verdadeiros e fluidos, necessitando do envolvimento de todos os actores organizacionais. São de extrema importância, pois é através do diálogo que se conseguem identificar os mais variados problemas que preocupam os trabalhadores da organização, levando mais facilmente à resolução dos mesmos melhorando, sem dúvida, o nível de satisfação e de motivação dos funcionários. Assim, quanto maior for a eficácia do diálogo, em princípio, maior será o envolvimento e empenho de todos os colaboradores. Jordan (2008, p.40), refere os instrumentos de diálogo como *“sendo poucos e simples: salas de reunião, datas de reunião, relatórios de reunião”*.

1.3.5 Variáveis a Considerar na Selecção do Instrumento a Utilizar em Unidades de Saúde e Particularmente em Unidades de Fisioterapia

Uma unidade de saúde é uma organização que presta cuidados de saúde e cuja missão é, sem dúvida, o melhorar das condições de saúde dos utentes. Do ponto de vista funcional trata-se de um sistema aberto que desenvolve grande interacção com o ambiente externo (Ferreira, 2001).

As organizações de saúde têm características muito específicas. Não nos devemos esquecer que as questões da saúde na sociedade em geral são igualmente questões sociais e políticas, e envolvem vários campos da saúde, sendo de extrema importância, fazer a ponte entre as problematizações das ciências sociais e a prática profissional dos fisioterapeutas, relacionando, não só o conhecimento da sociedade actual, como também a prática profissional desta classe (Antunes, 2001).

O conjunto de variáveis a considerar na selecção do instrumento a utilizar em unidades de saúde e, particularmente, em unidades privadas de fisioterapia, terá grande impacto no resultado da avaliação feita ao desempenho, quer organizacional, quer ainda ao profissional individual. Variáveis internas como custo, qualidade, equidade, eficiência, eficácia, flexibilidade, motivação, satisfação e inovação, são geradoras de competitividade, e “*sendo manipuláveis podem ter efeito sobre o desempenho*” (Roldão, 1998, p.8).

1.4 Gestão e Relações Profissionais em Unidades de Fisioterapia

Pelo que já foi referido, podemos compreender que, cada vez mais, as organizações em geral e as de saúde em particular necessitam de ferramentas e métodos para administrar os seus recursos com objectividade e segurança. Para tal, os gestores dispõem de diferentes instrumentos de apoio para que, seja possível uma gestão de sucesso baseada na eficiência, eficácia e ainda na qualidade, tendo em constante atenção o contexto das mesmas no mercado.

Torna-se necessário melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão, sendo necessário que esta prática seja baseada numa avaliação sustentada na satisfação, não só dos utentes como ainda dos profissionais dos diferentes serviços de saúde. Deverão desenvolver-se projectos de avaliação dos indicadores de desempenho das unidades de saúde, aplicando-se com regularidade o *benchmarking* em relação a outras unidades de saúde, com o objectivo de comparar o nível relativo do desempenho das concorrentes (Brilman, 2000).

Estas unidades devem ser regularmente avaliadas através de auditorias. No caso da fisioterapia, foram criados instrumentos de auditoria aos padrões de prática, (*“Audit Tool”*, da Região Europeia da WCPT, 2005).

Em saúde, como em muitas outras áreas, a questão do trabalho em equipa transformou-se num tema de extrema pertinência, pois dele resultará a participação do colectivo e, quando a articulação entre todos os membros da equipa é eficaz, o resultado induzirá uma crescente motivação dos seus elementos, um aumento da satisfação e do desempenho dos profissionais envolvidos na mesma. Numa visão sociológica, a profissionalização de um determinado grupo ocupacional depende, fundamentalmente, da negociação da divisão do trabalho, assim como da criação de “nichos” de mercado de trabalho conquistados pela influência do grupo e dos seus membros, enquanto actores sociais (Paradeise, 2004).

Ao nível de qualquer ocupação ou profissão, a divisão do trabalho envolve autoridade, liderança, poder e hierarquização, levando, não raras vezes, a conflitos relacionais. O poder é pois o meio através do qual os conflitos de interesses são resolvidos, influenciando quem consegue o quê, quando e como, e pode ser visto, sob diferentes perspectivas, como um recurso, ou ainda como uma relação social. Deve ser entendido como a possibilidade de decidir e de estar em posição privilegiada em relação a um determinado grupo. Conforme salienta Silva (2004, p.86), *“o exercício do poder diz respeito ao controlo de recursos e a autonomia refere-se à capacidade dos actores em controlar os recursos a seu favor”*.

A luta por uma identidade profissional trouxe a fisioterapia a um patamar de prestígio social que urge promover, trazendo a conquista da autonomia um aumento de responsabilidade a estes profissionais (Gouveia, 1990; Lopes, 2006).

Tavares (2001, p.313), citando Albert (1977), define identidade profissional como sendo fruto de uma construção que tem por base não só a comparação com outras organizações ao longo do tempo, mas também a gestão da própria diversidade existente nos seus diferentes subsistemas organizacionais. Assim, *“condiciona as práticas organizacionais e as relações estratégicas que a organização estabelece com os seus múltiplos constituintes modelando, desta forma as imagens que os seus constituintes internos, e externos têm da organização (...) as imagens organizacionais asseguram um feedback sobre o desempenho organizacional (...)”* (Tavares, 2001, p.313).

A fisioterapia foi definida pela primeira vez em Portugal em 1993, no contexto da regulamentação geral das actividades paramédicas, da seguinte forma:

Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo; utilizando modalidades educativas e terapêuticas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas, e em meios físicos

e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência da incapacidade e da inadaptação, e de tratar, habilitar ou reabilitar, utentes/clientes com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida. (Decreto-lei nº261/93 de 24 de Julho)

Define-se ainda como o serviço prestado pelo fisioterapeuta, abrangendo a avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e reavaliação, com vista à identificação e maximização do potencial do movimento, no contexto da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A prestação de cuidados de saúde pelo fisioterapeuta pode desenvolver-se no sector público e/ou no privado, ao nível de cuidados de saúde primários e secundários (WCPT, Maio 2000). Estes profissionais prestam serviços cujos objectivos visam a obtenção ou manutenção da função e da qualidade de vida dos clientes, actuando o fisioterapeuta em circunstâncias em que o movimento e a função estão comprometidos pelo processo de envelhecimento, lesão ou doença.

Ao longo de vários anos e tomando como exemplo situações de transformação profissional já ocorridas noutros países Europeus, encetaram-se vários esforços no sentido de se conseguir o estatuto de paridade com outras profissões da área da saúde. Actualmente, ainda não se verifica a total libertação da tutela médica, o que se revela completamente despropositado devido ao substancial acréscimo de competências, saberes e responsabilidades profissionais inerentes à actual formação académica de alto nível dos fisioterapeutas, não correspondendo esta ainda a uma total autonomia profissional.

Segundo Lopes (2006, p.29), esta situação consubstancia uma mera *autonomia efectiva* pois a real autonomia é inerente só à profissão médica. Isto deve-se ao facto do modelo da divisão do trabalho na área da saúde estar estruturalmente organizado segundo o modelo biomédico, sendo atribuída só à classe médica a legitimidade para diagnosticar, prescrever e determinar as várias acções consideradas adequadas às diversas situações verificadas. *“Estamos, assim, perante um modelo de organização no trabalho cuja estrutura assenta numa lógica de desiguais autonomias profissionais, e que passa por uma coexistência entre autonomias profissionais restritas versus autonomias profissionais amplas”* (Lopes, 2006, p.30).

A qualidade na prestação dos cuidados de saúde em fisioterapia depende, cada vez mais, da capacidade de conjugação de um vasto leque de abordagens multidisciplinares e de as conseguir operacionalizar. A formação de equipas caracteriza-se, assim, pela acção contrária à rigidez e isolamento disciplinar, numa tentativa de abrangência de todas as partes, para focalizar todos os “olhares” no mesmo problema. As acções em saúde resultam da avaliação e da escolha entre múltiplas possibilidades para “fazer bem as coisas” (eficiência) e “fazer as coisas certas” (eficácia).

Como os demais profissionais de saúde, também os fisioterapeutas pretendem atingir autonomamente os seus patamares de eficiência e de eficácia na prestação dos cuidados de saúde, sabendo que estas estão cada vez mais associadas às boas práticas, às práticas de qualidade, implicando tudo isso a avaliação dos desempenhos tendo como referenciais o cumprimento dos padrões de prática existentes para a profissão.

Uma correcta avaliação tem por princípio a promoção, a excelência e a qualidade dos serviços, bem como o reconhecimento e a motivação, relevando a diferenciação dos desempenhos e o desenvolvimento de uma gestão baseada na valorização das competências. Tal facto deverá levar a um aumento da produtividade de cada elemento e da própria organização. Neste sentido, as medidas de desempenho devem ser consideradas como sinais de vitalidade organizacional.

Importa ainda salientar, no âmbito dos fisioterapeutas, a aposta ao nível da progressão das carreiras com base, essencialmente, no aumento constante dos seus saberes e das suas competências (formação ao longo da vida), seja por troca de conhecimentos com os seus pares, seja por troca de experiências de nível inter-profissional e hierárquico, resultantes das interações dentro das organizações. Tal postura origina uma “Identidade Colectiva” que, apesar de não ser um macro conceito, se refere aos diferentes movimentos e organizações sociais que, com a sua construção e consolidação, dependeram essencialmente da existência de um compromisso colectivo e do reconhecimento do “outro” legitimando-se a si próprio (Tavares, 2007).

1.5 Realidade Actual em Unidades de Fisioterapia

1.5.1. Públicas

O Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Abril, revogando o Decreto-Lei nº 260/76, de 8 de Abril, define os princípios fundamentais a que devem obedecer os estatutos das empresas públicas, gozando estas de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

No Sector Público, a actividade empresarial deve orientar-se no sentido da obtenção de níveis adequados de satisfação das necessidades da colectividade, bem como no desenvolvimento segundo parâmetros exigentes de qualidade, economia, eficiência e eficácia, contribuindo para o equilíbrio económico e financeiro do mesmo. Impõe-se então, a necessidade de regulamentar sectores de actividade na qual, se prestem cuidados de saúde. Nos serviços públicos os profissionais de saúde que exercem as suas funções no Serviço Nacional de Saúde (SNS) estão submetidos às regras próprias da Administração Pública, através do diploma da

carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), regulamentada pelo Decreto -Lei 384-B/85, de 30 de Setembro, e diplomas complementares, inserindo-se nos corpos especiais da saúde (instituídos pelo Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho). Esta carreira enquadra um conjunto de profissionais, entre os quais os fisioterapeutas, detentores de formação especializada de nível superior (Decreto – Lei 564/99 de 21 de Dezembro), evidenciando o papel destes profissionais no sistema de saúde, como indispensáveis no processo de aumento da qualidade e da eficácia dos cuidados prestados e com um desempenho profissional de crescente complexidade e responsabilidade.

No Ano de 2003 ocorreram alterações ao nível da gestão de um conjunto de unidades de saúde do sector público, transformando-as em sociedades anónimas (SA), com capital exclusivamente público, e tendo como objectivo o aumento do seu nível de autonomia e uma gestão de Natureza mais estratégica.

Em 2005, o Decreto – Lei 233/2005, de 31 de Agosto, estabelece que cerca de três dezenas de Unidades de Saúde do Sector Público Administrativo (SPA) sejam transformadas em Entidades Públicas Empresarias (EPE), com o objectivo de se conseguir um aumento na qualidade e na prestação dos cuidados de saúde, através de uma melhor e mais racional utilização dos recursos disponíveis. Com esta nova situação o Governo pretendeu que as Unidades de Saúde (US), já integradas no SNS, ficassem com um regime jurídico que, atendendo ao serviço público prestado, permitisse uma maior intervenção ao nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência, a ser exercida pelos Ministros das Finanças e da Saúde. O grande objectivo a atingir é uma melhor articulação ao nível operacional, económico e financeiro das decisões de investimento.

Neste contexto, deve ser inequívoca a natureza pública das instituições do Estado prestadoras de cuidados de saúde, compatibilizando-as com instrumentos de gestão mais adequados à natureza específica das suas actividades.

1.5.2 Privadas

As Unidades Privadas de Fisioterapia (UPF) funcionam como empresas privadas, cujo objectivo primordial é a obtenção de lucro financeiro através da prestação de serviços de qualidade. O sistema organizacional baseia-se, principalmente, na contribuição – retribuição, devendo ser completamente autónomo e auto-suficiente em relação ao sector público. Só que, actualmente, devido à necessidade de prestação de serviços convencionados ao próprio sector público por parte de diversas organizações privadas, esta situação ainda não se verifica.

A este propósito, Antunes (2001, p.53), chega a denunciar que *“a falência do Estado como único financiador, gestor e prestador dos cuidados de saúde levou à progressiva*

aceitação dos Sectores Privado e Social como elementos essenciais na prestação de cuidados de saúde ao cidadão”.

Em 1990, a Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, previa que as Unidades Particulares Privadas de Saúde com fins lucrativos fossem sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado. Posteriormente, em 1993, surge o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, para regular a fiscalização e a criação de unidades de saúde. O Decreto Regulamentar n.º 63/94, de 2 de Novembro, veio estabelecer as normas relativas a instalações, organização e funcionamento das unidades privadas de saúde, tendo como objectivo o cumprimento de parâmetros mínimos de qualidade, em termos de instalações, recursos técnicos e humanos. A implementação destes normativos revelou-se de difícil execução, devido ao excesso de burocracia dos procedimentos, o que os tornou durante dezasseis anos praticamente inoperacionais.

Torna-se assim evidente a necessidade de *“construir um novo modelo de licenciamento de unidades privadas de serviços de saúde que permita, efectivamente, garantir que se verificam os requisitos mínimos necessários para que seja assegurada a qualidade dos serviços prestados no sector privado, com ou sem fins lucrativos”* (Decreto-Lei n.º 279/2009).

É então aprovado, em 6 de Outubro, o Decreto -Lei n.º 279/2009, que prevê *“que o regime agora aprovado venha, verdadeiramente, a cumprir o objectivo que sempre esteve nas orientações do Ministério da Saúde: um sector privado de prestação de serviços de saúde, complementar ao Serviço Nacional de Saúde, que garanta qualidade e segurança.”*

Em concreto, *“estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração”.*

Até à presente data, as unidades privadas de fisioterapia que sejam convencionadas ainda são designadas como unidades de Medicina Física e de Reabilitação, sendo regulamentadas pelo Decreto-Lei 500 / 99, de 19 de Novembro, actuando este ao nível da qualidade e segurança dos serviços.

No relatório da Inspecção-Geral das Actividades (IGAS), de Janeiro de 2009, pode constatar-se que a maior parte das unidades privadas de Medicina Física e de Reabilitação não foi ainda fiscalizada pelas Comissões de Verificações Técnicas (CVT) depois de licenciadas. No entanto, apesar dessa situação, é referido no mesmo relatório que os utentes não correm qualquer tipo de risco.

A APF tem uma proposta de Normas a serem aprovadas para a constituição de Unidades Privadas de Fisioterapia, das quais constam: (a) Normas de Segurança e Higiene e Saúde do

Trabalho (SHST); (b) Regulamento Interno; (c) Manual de Boas Práticas. Sendo estes na opinião do Grupo de Interesse em Prática Privada (GIPP), da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, os documentos referenciais reguladores para a viabilização da abertura de uma UPF, não tendo ainda sido promulgados.

1.6 Instrumentos de Apoio à Gestão – Que Opções para Unidades de Saúde e de Fisioterapia em Particular

De entre os instrumentos anteriormente referenciados, quais os que, com as necessárias adaptações, poderão vir a ser utilizados em unidades de saúde e, em particular, em unidades privadas de fisioterapia, com o objectivo de poderem acrescentar valor às organizações e individualmente aos profissionais que nestas desempenham as suas funções?

Como podemos compreender pelo que anteriormente foi referido, as organizações necessitam, cada vez mais, de ferramentas e métodos para administrar os seus recursos com objectividade e segurança. Para que se torne possível, uma gestão de sucesso baseada na eficiência e na eficácia, é fundamental a utilização por parte dos gestores de instrumentos específicos de apoio à gestão, corrente e estratégica. Pelas suas características, pensamos que instrumentos como o Tableaux de Bord (TdB), o Balanced Scorecard (BSC) e ainda, com particular incidência neste estudo, o sistema de Avaliação de Desempenho, serão os mais indicados para as unidades de fisioterapia. Os dois primeiros, porque são instrumentos de acompanhamento da gestão que incluem indicadores financeiros e não-financeiros.

No caso do TdB, por ser considerado um instrumento de acção, muito rápido que, actuando a curto prazo e sendo muito sintético, contem poucos indicadores, mas muito diversificados.

Em relação ao BSC, para que este possa ser implementado com sucesso, principalmente nas empresas da área da saúde, é necessário que os gestores de topo efectuem uma mudança ao nível do paradigma empresarial, deixando o objectivo primordial de ser o controlo financeiro, para passar a ser a visão e a estratégia. Sendo, para isso, fundamental a formação contínua e a captação de capital intelectual. Agindo desta forma, a organização estará verdadeiramente preparada para usar o seu capital intangível mais importante, que vai conduzir à missão da empresa com a perspectiva no futuro. O BSC foca-se na interacção entre os activos tangíveis (financeiros) e os activos intangíveis (sendo estes considerados, por vários autores, como um dos grandes diferenciais de valor das empresas), para apoiar a tomada de decisão. Foca-se ainda na comunicação da estratégia e no constante *feedback* do seu comprimento. É um instrumento

que se baseia em indicadores, para impulsionar o desempenho operacional no sentido da estratégia delineada, proporcionando à organização uma visão ampla do negócio actual e futuro.

Para que os gestores consigam atingir os objectivos traçados pela organização necessitam, pois, de indicadores que lhes forneçam informações sobre os diversos aspectos do ambiente, externo e interno, da organização em causa.

Existem indicadores de eficiência, que estão relacionados com a produção e os recursos utilizados, de eficácia, ou seja de qualidade, que se referem à satisfação dos clientes, e de efectividade (resultados), que reflectem o percurso da organização em relação à sua visão.

O BSC é, assim, uma ferramenta que nos faz compreender melhor o desempenho organizacional, por ser abrangente e baseado em quatro perspectivas (financeira, cliente/mercado, processos internos e infra-estrutura), que se encontram presentes em todas as organizações (Tajra, 2008).

Como já atrás foi referido neste estudo em particular vamos debruçar-nos com especial atenção sobre o Sistema de Avaliação de Desempenho. Este tem como objectivo, não só a informação do próprio profissional e dos seus superiores, bem como dos seus pares, podendo ser aplicado a unidades de saúde, em geral, e a UPF, em particular. É prática actual, ao nível da Administração Pública, a utilização de um sistema próprio de Avaliação de Desempenho (SIADAP), o qual os fisioterapeutas estão obrigados a cumprir, inclusivamente como forma de ascensão na carreira. Como refere Pontes (1991), esta Avaliação deve ser considerada como uma estratégia organizacional que é utilizada pelas organizações para que seja possível acompanhar o trabalho, os objectivos propostos para os seus profissionais, bem como ainda fornecer-lhes o *feedback* necessário. Uma correcta avaliação tem por princípio a promoção, a excelência e a qualidade dos serviços, bem como o reconhecimento e a motivação, garantindo a diferenciação dos desempenhos e uma gestão centrada na valorização de competências, conduzindo a um aumento da produtividade de cada elemento e da própria organização.

Importa relembrar que as medidas de desempenho são consideradas sinais de vitalidade organizacional, indiciadoras de maior ou menor competitividade.

Capítulo 2
ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE APOIO À
GESTÃO ESTRATÉGICA E AO DESEMPENHO
ORGANIZACIONAL

2.1 METODOLOGIA

2.1.1 Introdução

Este estudo foi estruturado fundamentalmente em duas partes, o enquadramento teórico e a vertente empírica. O enquadramento teórico, constituindo a primeira parte do estudo, traçou os fundamentos conceptuais do trabalho. A vertente empírica traduz a aplicação do estudo no terreno, seguindo uma metodologia específica. A metodologia contém todos os ensaios efectuados nas três unidades privadas de fisioterapia onde o estudo foi aplicado. Foi utilizada a metodologia Estudo de Caso, inspirada na técnica de *focus group*, designada por grupos de discussão, sendo esta uma técnica qualitativa e informal, proposta por Robert Merton que ficaria conhecido como o “pai” do *focus group*. Só na década de oitenta esta técnica começa a ser utilizada como estratégia de pesquisa pelos investigadores da área das ciências sociais. Através da construção do conhecimento, numa situação real de dinâmica de grupo, esta, é para os cientistas sociais e os sociólogos em particular, vista como uma oportunidade para poderem ver na prática os efeitos das suas pesquisas (Galego, 2005).

Frequentemente a sua utilização verifica-se ao nível das pesquisas de mercado, pesquisas sociais, e mais recentemente também na área da saúde, permitindo ao investigador obter uma maior quantidade de informação num curto espaço de tempo (Gibbs, 1997).

A técnica apresenta diversas vantagens: (a) baixos custos; (b) rapidez na recolha dos dados; (c) flexibilidade do formato; (d) possibilidade de conciliação com outras modalidades de investigação.

Trata-se de uma discussão objectiva que permite o maior aprofundamento de pontos de vista. O moderador/investigador coloca um conjunto de questões abertas, favorecendo o início da discussão do tema, dentro de um ambiente descontraído, permitindo o máximo de liberdade de expressão, e direccionando a mesma de uma forma não-estruturada e natural. A entrevista deve ser prévia e cuidadosamente preparada, sendo normalmente constituída por quatro ou cinco questões abertas, expressas em linguagem simples, devendo ser colocadas primeiramente as mais genéricas (Galego, 2005; Piovesan, 1995).

Sempre que o debate se torne demasiado “extenso”, cabe ao moderador/investigador o papel de o redireccionar (focar), tentando sempre que o grupo se mantenha interessado e descontraído, garantindo que todos os membros participam equilibradamente, evitando dominâncias por parte de alguns elementos (Gibbs, 1997).

A sua utilização torna-se apropriada quando o objectivo é explicar como os participantes percebem uma experiência, uma ideia ou um acontecimento, pois a discussão durante as

reuniões é de uma enorme riqueza de informações, sobre o que os participantes pensam, sentem ou da forma como agem.

Segundo vários autores, definidos os critérios e variáveis que orientam a constituição do *focus group*, a selecção dos participantes deve ser feita conforme o objectivo da pesquisa, devendo assegurar-se o equilíbrio entre uniformidade e diversidade do grupo, sendo o mesmo formado usualmente por indivíduos com características comuns, não se conhecendo uns aos outros. O papel do moderador /investigador é fundamental para o sucesso do grupo de discussão, requerendo bons níveis de liderança, bem como elevados *skills* ao nível da comunicação, sendo ainda aconselhável o envolvimento de um segundo elemento, que funcione como co-moderador e que irá auxiliar nos registos dos dados, tornando mais fácil à posteriori a confluência das informações. Apesar de exercer o papel de líder, o moderador/investigador deve procurar não interferir na dinâmica do grupo, devendo planear cuidadosamente todas as etapas da pesquisa, tendo um papel de facilitador do grupo. Uma das suas principais tarefas é a explicação clara e objectiva do objectivo do trabalho a ser desenvolvido e ainda a promoção do debate, fazendo as perguntas e lançando desafios aos participantes. A técnica privilegia também a observação, o registo de experiências e as reacções dos participantes do grupo, que não seria possível captar através de outros métodos, proporcionando uma multiplicidade de visões e reacções emocionais no contexto do grupo (Gibbs, 1997; Galego, 2005).

A metodologia Estudo de Caso é utilizada neste trabalho de investigação, aplicada a 3 unidades privadas de fisioterapia, localizadas na área da grande Lisboa.

Segundo Yin (1994), o estudo de caso demonstra a sua validade não só pela intensidade de analisar o fenómeno, mas também pelas suas variadas observações, simetria de comportamentos, e ainda pela construção de explicações e em alguns casos, pela triangulação das fontes de dados.

Consiste, numa investigação mais aprofundada de uma determinada situação, tornando-se útil para verificar uma teoria, assim como, para explicar as relações de causalidade, entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção. A sua unidade de análise pode, como no presente estudo, situar-se num grupo profissional.

O mesmo autor refere ainda que, os estudos de caso se baseiam em generalizações analíticas, que se opõem às generalizações estatísticas, ou seja, o investigador utiliza a teoria como veículo para generalizar os resultados. Numa investigação qualitativa os resultados obtidos são sempre uma visão subjectiva que envolve necessariamente o investigador e todos os seus *skills* pessoais e profissionais.

Patton (1990, p.372), por sua vez, refere que na pesquisa qualitativa chegamos sempre à conclusão que “ (...) o *factor humano* é a sua maior força mas também a sua principal

fraqueza”. Podemos então, facilmente perceber que um estudo qualitativo depende do treino, dos conhecimentos, mas sobretudo das capacidades do investigador.

“De preferência, é necessário um pesquisador bem treinado e experiente para conduzir um estudo de caso de alta qualidade devido à contínua interacção entre as questões teóricas que estão sendo estudadas e os dados que estão coletados” (Yin, 2005, p.82-83).

As limitações do trabalho prendem-se exactamente com as limitações normalmente apontadas a este método de investigação, nomeadamente a impossibilidade de generalização dos resultados da investigação e a natureza essencialmente qualitativa do mesmo.

A exploração de dados, na vertente empírica, utiliza ainda métodos de análise qualitativa (análise de conteúdos) e quantitativa (estatística descritiva, ANOVA).

2.1.2 Pressupostos

Este trabalho assenta em vários pressupostos, o primeiro é que, sendo vários os instrumentos de apoio à decisão estratégica, existem alguns que quando correctamente utilizados na gestão das unidades privadas de fisioterapia, podem em diferentes graus, gerar níveis acrescidos de desempenho organizacional e/ou individual. Como segundo pressuposto temos que a utilização desses mesmos instrumentos pode condicionar a qualidade, o desempenho e a satisfação dos mesmos profissionais. O terceiro baseia-se em que a não utilização de instrumentos de apoio à gestão estratégica não aumenta o desempenho organizacional dos fisioterapeutas, que exercem a sua actividade nas unidades privadas de fisioterapia. Como quarto e último temos que muitas são as unidades privadas de fisioterapia que apesar de terem conhecimento de instrumentos de apoio à gestão estratégica, não os implementam por falta de vontade ou capacidade para o fazer.

2.1.3 Pertinência do Estudo

A investigação pode ser definida como sendo, *“ algo que se procura. (...) caminhar para um melhor conhecimento”* (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.31). Como tal este estudo deverá analisar a pertinência e a viabilidade da implementação de um sistema de avaliação de desempenho como instrumento de gestão estratégica, em unidades privadas de fisioterapia.

Esta avaliação constitui um importante factor crítico de sucesso, na efectivação de uma estratégia organizacional vocacionada para o aumento da produtividade, fundamentada na qualidade do desempenho profissional, bem como da autonomia, acrescendo esta responsabilização aos profissionais em geral e, neste estudo, particularmente aos fisioterapeutas.

2.1.4 Estudo de Caso e Focus Group – Método e Técnica

O “*método é o caminho para se chegar a um resultado (...) tal como em qualquer outro tipo de pesquisa de natureza qualitativa, tem por finalidade procurar o sentido e a compreensão dos complexos fenómenos sociais (...)*” (Galego, 2005, p.176-177).

No presente estudo, a abordagem de Estudo de Caso, inspirada na técnica *focus-group*, foi feita em três unidades privadas (UPF) de fisioterapia localizadas na área da Grande Lisboa. Cada caso (UPF) foi seleccionado por conveniência, devido ao número de fisioterapeutas por unidade e que, após pesquisa e convite prévio, se disponibilizou a participar no estudo. Cada unidade funciona como um grupo de discussão, formado por gestores/coordenadores e fisioterapeutas. O estudo/pesquisa contribui, assim, para um aumento do conhecimento das características da população, permitindo igualmente um conhecimento profundo e adequado das suas realidades.

O *focus group* utiliza entrevistas em profundidade não dirigidas, sendo estas de difícil realização, requerendo experiência do pesquisador porque, para além da habilidade de fazer os participantes falarem livremente, dando informações, deve evitar induzi-los a manifestarem ideias que não são as suas.

2.1.5 Unidade de Análise

Fortin (2003, p.373) define população como sendo, o “*conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação*”.

Assim na presente investigação, temos como população todos os fisioterapeutas que exercem as suas funções nas unidades privadas de fisioterapia da região da Grande Lisboa. Como amostra teremos os 29 fisioterapeutas que desempenham as suas funções nas unidades privadas de fisioterapia seleccionadas para a investigação, no período de tempo em que foi efectuada a recolha de dados. Convém referir que “*a amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada (...)*” (Fortin, 2003, p.202).

A selecção dos indivíduos foi efectuada, de acordo com critérios de inclusão e exclusão específicos. Assim, seriam excluídos os gestores/coordenadores que não tivessem mais de dois anos de experiência ao nível da gestão/coordenação e os fisioterapeutas que não possuíssem, pelo menos, o grau de licenciado, assim como todos aqueles que, obviamente, não quisessem participar no estudo, e aqueles que realizassem o seu exercício profissional conjuntamente em

prática privada e pública, devido à alteração à posteriori ao nível da análise de dados. Convém lembrar que, com a utilização da técnica de *focus group*, a selecção dos participantes deve ser feita conforme o objectivo da pesquisa (Galego, 2005).

Como refere (Gibbs, 1997), terá de ser reunido um painel de *experts* nas áreas em estudo, assegurando o equilíbrio entre uniformidade e diversidade do grupo, devendo este ser formado por fisioterapeutas e gestores/coordenadores das unidades privadas de fisioterapia, tendo em atenção que os desequilíbrios significativos de poder social ou *status* dentro do grupo, podem comprometer a sua dinâmica, o ambiente descontraído e a liberdade de expressão.

Como critérios de inclusão temos todos os fisioterapeutas que trabalham nas unidades privadas de fisioterapia (UPF) seleccionadas e que possuam como formação de base a licenciatura em fisioterapia efectuada nas escolas oficialmente reconhecidas.

2.1.6 Questões de Investigação

Neste tipo de estudos formulam-se questões de investigação, sendo estas definidas como *“enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem a ou as variáveis de estudo”* (Fortin, 2003, p.40).

Justificar uma questão de investigação é pois explicar porque é para nós importante essa questão e porque a queremos estudar.

Neste estudo, são então colocadas diferentes questões (perguntas operacionais de investigação), que colocam em evidência a problemática central deste trabalho:

Questão 1 – Que instrumentos de apoio à gestão existem?

Questão 2 – São utilizados instrumentos de apoio à gestão em unidades privadas de fisioterapia?

Questão 3 – Quais os instrumentos que, com as necessárias adaptações, poderão vir a ser implementados em unidades privadas de fisioterapia, com o objectivo de poderem acrescentar valor às organizações e aos profissionais que nelas trabalham?

Questão 4 – Poderá a utilização, nas unidades privadas de fisioterapia, de um instrumento de apoio à gestão melhorar os níveis de eficiência e de eficácia dos fisioterapeutas?

2.1.7 Objectivos

Os objectivos podem ser considerados metas exequíveis, que pretendemos atingir ao longo da pesquisa, levando em conta o contexto de inserção em que esta se desenvolve. A sua

formulação permite uma orientação e uma delimitação da acção, para que venham a ser atingidos o mais fielmente possível.

Neste estudo foram definidos dois tipos de objectivos, um geral e três específicos.

Como objectivo geral, o presente estudo propõe-se conhecer as necessidades de aplicação de ferramentas de apoio à decisão, colocadas à disposição dos gestores pela gestão científica, em todos os tipos de organizações, e neste caso, especificamente, nas unidades privadas de fisioterapia, e que, uma vez aplicadas, poderão induzir níveis acrescidos de desempenho organizacional/individual.

Em concreto, os objectivos específicos deste trabalho, consubstanciando preocupações relacionadas com a reprodução de conhecimento especializado em gestão, com a sua aplicação específica no terreno e com a subjacente criação de valor para as instituições e para as pessoas que nelas desempenham funções, são os seguintes:

- (i) Caracterizar os principais Instrumentos de Apoio à Decisão em Gestão, de natureza estratégica, que existem e estão à disposição dos gestores;
- (ii) Identificar que variáveis devem ser tidas em conta para seleccionar os instrumentos de decisão a utilizar;
- (iii) Analisar a capacidade desses instrumentos para induzir níveis acrescidos de eficiência e de eficácia nas unidades privadas de fisioterapia, tanto ao nível organizacional, como individual, contribuindo para melhorar as boas práticas em fisioterapia.

Sobre esta última questão, não podemos deixar de ter presente que estes profissionais orientam as suas práticas por padrões pré-estabelecidos pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, que elaborou igualmente Instrumentos de Auditoria aos referidos Padrões de Prática (APF, 2005).

Enquanto o cumprimento do primeiro e do segundo objectivos específicos decorrem da pesquisa efectuada ao nível da revisão bibliográfica feita no âmbito do quadro teórico da investigação, o cumprimento do terceiro objectivo decorre do tratamento dos dados da vertente empírica do estudo.

2.1.8 Instrumentos de Recolha de Dados

Uma investigação *“implica sempre a utilização de técnicas e de instrumentos para recolha de dados, assim como a sua organização e sistematização para uma posterior análise e interpretação”* (Florindo, 2007, p.71).

Os instrumentos de recolha de dados são uma base fundamental para o rigor da recolha de informação junto das unidades de análise seleccionadas para a investigação.

No entanto, são diferentes os níveis de precisão desses mesmos instrumentos. A entrevista é frequentemente utilizada nos estudos exploratórios, podendo servir de complemento a outro tipo de método, como por exemplo o questionário (Galego, 1997; Gibbs, 2005). Nelas prevalece o domínio do entrevistador. No presente estudo, com a aplicação do *focus-group*, esse papel é desempenhado pela própria investigadora.

Nesta investigação foram utilizados dois tipos de instrumentos de recolha de dados.

Numa primeira fase foi efectuada uma entrevista semi-estruturada, com guião prévio, aos gestores/coordenadores (ver anexos), sendo esta composta por seis questões abertas tendo por objectivo averiguar se a instituição possui um plano estratégico/operacional e até que ponto é do conhecimento geral de toda a estrutura organizacional a missão, a visão e os objectivos da mesma, bem como o nível de envolvimento dos seus colaboradores. Procura-se ainda com a entrevista perceber o tipo de gestão praticada nas diferentes unidades de fisioterapia em estudo e averiguar a utilização de algum tipo de instrumento de apoio à gestão. Diagnostica-se ainda se é feita a avaliação de desempenho aos profissionais que nelas desempenham as suas funções e de que forma esta é realizada. Procura-se também aferir a predisposição do coordenador para ajudar na resolução e acompanhamento de problemas gerais e específicos da prática diária e a forma como o mesmo percebe o desempenho e a satisfação dos profissionais que coordena, bem como o auxílio que presta, ou não, para o aumento desse desempenho. Pretende-se também avaliar como gere o gestor/coordenador as relações interprofissionais e interpessoais dos profissionais na unidade de saúde, uma vez que o ambiente interno é fortemente condicionado pelos seus gestores, trabalhadores e pela cultura organizacional. Por fim, procura-se identificar através do gestor/coordenador qual o conhecimento que a organização tem da sua envolvente e como se define no contexto organizacional.

As entrevistas foram efectuadas pela investigadora, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2010, tendo a duração média de 60 minutos. Foram gravados todos os registos que, posteriormente, foram integralmente transcritos e devidamente codificados (ver anexos), para que fosse possível através de análise de conteúdo a extracção de todos os dados relevantes da discussão.

Numa segunda fase, foram distribuídos os questionários aos fisioterapeutas que desempenham funções nas unidades seleccionadas (ver anexos), traduzindo estes a vertente quantitativa da pesquisa.

Tuckman (2000, p.308), define o questionário como sendo uma técnica de investigação “*para adquirir dados acerca das pessoas, sobretudo interrogando-as*”, sendo esta composta

por um elevado número de questões que são apresentadas por escrito às pessoa, tendo por objectivo conhecer as suas opiniões no que diz respeito a determinado tema.

Neste estudo, o questionário foi elaborado pela investigadora, com a finalidade de permitir a avaliação que os fisioterapeutas, que exercem as suas funções nas três unidades privadas de fisioterapia onde o estudo foi realizado, detêm sobre o seu desempenho profissional, bem como do desempenho organizacional das instituições em causa. Este questionário é constituído por trinta e cinco itens, distribuídos por sete dimensões: (1) autonomia; (2) desempenho; (3) estatuto profissional; (4) segurança; (5) relações interpessoais/profissionais; (6) formação ao longo da vida; (7) satisfação profissional. Nele estão descritas algumas questões referentes a situações que podem ocorrer no trabalho diário dos fisioterapeutas, tendo-lhes sido pedido para as avaliar, com base numa escala de 1 a 7 (em que 1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= discordo em parte; 4=indiferente; 5=concordo em parte; 6=concordo; 7= concordo totalmente). O questionário é ainda constituído, na sua parte final, por um conjunto de 10 questões fechadas, que irão permitir fazer a caracterização sócio-demográfica da população.

2.1.9 Procedimentos

A aplicação dos questionários foi precedida da realização de um pré-teste (ver anexos), que foi aplicado a uma amostra de conveniência de três fisioterapeutas, de forma a poderem ser corrigidas possíveis imprecisões que pudessem ocorrer quando os mesmos fossem aplicados à população em estudo. Os resultados do pré-teste revelaram-se bastante positivos, pois não foram assinalados quaisquer problemas no seu preenchimento.

Foram efectuados pedidos de autorização, dirigidos a cada uma das unidades convidadas (ver anexos) para que assim fosse possível a recolha de dados nas mesmas, tendo-se obtido respostas afirmativas por parte de todas elas.

As entrevistas foram marcadas directamente com os gestores/coordenadores aos quais foi apresentado um documento de consentimento informado, sendo fornecida uma cópia ao entrevistado, na qual era esclarecida a natureza e o propósito da sua participação no estudo, tendo ainda obtido a sua autorização para efectuar a gravação da entrevista.

Quanto aos questionários aos fisioterapeutas, estes distribuíram-se em envelope fechado de modo a garantir a total isenção e confidencialidade. São anónimos e preenchidos sem a presença do gestor/coordenador. A cada questionário foi acrescentada uma folha de rosto com toda a informação necessária sobre o estudo, instituição de referência e dados da investigadora para possível contacto, no caso de ocorrerem dúvidas sobre o estudo.

O questionário pretende avaliar o nível de desempenho dos fisioterapeutas, bem como a satisfação obtida por estes profissionais, na sua prática diária, nas unidades privadas de fisioterapia e ainda como podem sentir-se condicionados pela gestão praticada nessas mesmas unidades.

A recolha dos questionários decorreu de 26 a 29 de Janeiro de 2010. Foram distribuídos 29 questionários tendo sido recolhido o mesmo número. Três dos questionários foram excluídos da investigação porque os profissionais não detinham, pelo menos, o grau de licenciado. Foram, assim, considerados válidos 26 questionários (90%).

2.1.10 Limitações do Estudo

Como principal limitação podemos apontar a sujeição à interferência do investigador e às dispersões próprias de grupos heterogéneos, bem como:

- O estudo só ser válido para fisioterapeutas do sector privado;
- A amostra estar limitada a fisioterapeutas da região da grande Lisboa;
- E a impossibilidade da generalização dos resultados.

2.1.11 Estratégia de Análise da Informação

A análise dos dados permitirá validar ou rejeitar o conteúdo da informação recolhida, em relação à pertinência e à viabilidade da implementação de instrumentos de apoio à decisão estratégica e de indicadores de desempenho, integrados e articulados num sistema global de gestão a aplicar, com as necessárias adaptações, em unidades privadas de fisioterapia.

Os dados obtidos através das entrevistas foram organizados, interpretados (respostas categorizadas e codificadas) e tratados através de análise de conteúdo, terminando esta com a saturação dos mesmos. Não podemos deixar de ressaltar a importância do investigador no processo de decodificação, interpretação e análise dos dados, pois ninguém melhor do que ele possui informações tão importantes como as expressões, os gestos, e os contextos dos diálogos ocorridos durante as sessões.

Na última etapa, explorou-se a vertente quantitativa da pesquisa (questionário), tendo os dados sido tratados através da utilização de estatística descritiva (médias, percentagens e frequências) e estatística inferencial (teste Levene, teste t, teste Mann-Whitney, teste K-S, ANOVA e Kruskal-Wallis), para testar a existência de relações significativas entre as variáveis utilizadas, recorrendo ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows.

2.2 Tratamento e Análise de Dados

2.2.1 Análise de Conteúdo das Entrevistas

As entrevistas foram sujeitas a uma análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2004, p.33), “*aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens*”.

O mesmo autor realça que a base da análise de conteúdo está na articulação entre a superfície dos textos (descrita e analisada) e os factores que determinaram estas características, deduzidos logicamente. Defende também que “*a leitura efectuada pelo analista do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura «à letra», mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano*” (Bardin, 2004, p.36).

Quanto às categorias e subcategorias, este autor afirma que:

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2004, p.111).

Na presente investigação, a análise de conteúdo partiu de um procedimento fechado *a priori*, ou seja, foi com base na revisão da literatura efectuada e nos objectivos de investigação elaborados que as categorias de análise foram definidas.

2.2.2 Apresentação e Análise das Entrevistas

Através da análise de conteúdo podemos verificar (ver anexos) que, apenas o primeiro entrevistado (E1) refere a existência de um **Plano Estratégico e Operacional** da organização e que o mesmo foi elaborado pelo próprio com o apoio de outro Gestor da Organização - “*(...) Plano Estratégico, operacional onde está definida a missão, a missão e a visão e os objectivos do espaço (...)*” (E1, p1, par1, L2,L3).

O segundo entrevistado (E2) refere que apesar de não existir um documento escrito/formal, todos os profissionais da Unidade de Saúde estão conscientes do que têm que fazer e dos objectivos a atingir - “*(...) sabemos o que temos de fazer, quais são os objectivos que temos de atingir, principalmente em termos de número de doentes (...)* mas nada está determinado, escrito, implementado” (E2, p3, par1, L1 a L6).

Já E3 refere que não existe um plano, apenas um objectivo que é partilhado por todos os profissionais e que se prende com o atendimento adequado a todos os doentes que procuram a Unidade de Saúde – *“Não existe nenhum plano, não tem missão, nada, o nosso único objectivo é conseguirmos tratar o número de doentes que nos procuram”* (E3, p8, par1, L1 a L3).

Quanto aos **instrumentos de apoio à gestão**, podemos verificar que apenas E1 refere a sua existência e que o mesmo se enquadra no sistema informático (PHC, software que faz a gestão de toda a parte financeira da instituição) – *“(...) temos instrumento de gestão, que tem a ver com o nosso sistema informático (...) que é o PHC, não sei definir muito bem o que é (...)”* (E1, p1, par1, L1 a L3). Os outros dois entrevistados não conhecem qualquer tipo de instrumento de gestão que haja, nem da sua utilização em unidades privadas de fisioterapia – *“(...) não tenho conhecimento de nenhum instrumento que haja, nem de utilização nesta instituição* (E2, p3, par1, L1 a L3) - *“Não, ao nível da fisioterapia não tenho conhecimento de qualquer instrumento que se possa aplicar”* (E3, p3, par1, L1 a L3).

Já em relação à **avaliação de desempenho** nenhum dos entrevistados respondeu à questão colocada pela investigadora no sentido de saber se avaliavam regularmente o desempenho dos profissionais que coordenam. Quanto às **reuniões de trabalho pré-definidas**, somente E1 diz que são feitas reuniões semanais – *“Reunião semanal ... da parte da coordenação e sub-coordenação (...)”* (E1, p1, par1, L1 e L2). Todos os inquiridos dizem que acompanham diariamente as actividades desenvolvidas pelos seus colaboradores.

Quando questionados sobre a **avaliação da satisfação dos profissionais** que coordenam, E1 refere a importância da definição de objectivos de desempenho, – *“(...) objectivos muito bem definidos que têm a ver com o seu desempenho diário profissional, (...) enfim toda esta questão da formação, e acho que é fundamental”* (E1, p2, par2, L2 a L5). E1 e E2 apontam para a importância da formação – *“(...) claro que a formação profissional é muito importante (...)”* (E2, p5, par1, L5), e E3 realça o que está de certa forma relacionado com o processo de motivação intrínseca, ou seja, a satisfação obtida pelos profissionais no cumprimento adequado do seu trabalho, faz também alusão à questão monetária, mas não especifica, e à aquisição de equipamentos quando necessário – *“(...) portanto, a nível da motivação, teremos de falar da parte monetária e conseguir também adquirir algum tipo de equipamento para que possam também melhorar o serviço”*. E1 faz referência à existência de um plano de formação profissional, desenvolvido por uma psicóloga com o intuito de aperfeiçoar as competências profissionais e relacionais.

Quando questionados de que forma conseguiam **gerir e promover as relações interpessoais e interprofissionais** com vista a um desempenho eficaz dos profissionais e da organização, verificamos que os coordenadores procuram manter um bom ambiente de trabalho

entre os colegas e entre estes e a direcção/gestão. E3 refere-se a *“Manter sempre um bom ambiente entre colegas e entre direcção clínica e gestor/coordenador, isso é o principal e se a relação for boa, portanto, todo o resto corre bem”* (E3, p8, par1, L1 a L3). E2 chama a atenção para as diferenças individuais e, consequentemente, para a impossibilidade de “tratar” todos da mesma forma – *“ (...) são diferentes e eu tenho noção que o meu modo de falar é diferente para um ou para outro, sem fazer diferenças, mas sei que um se melindra mais que outro (...)”* (E2, p5, par1, L24 a L27). E1 refere a existência de reuniões semanais na sua Unidade e também a realização de um encontro mensal, entre fisioterapeutas, para o debate de problemas e estudo de casos com vista a melhoria do serviço prestado.

Na análise das respostas dadas à última questão colocada, que incidiu sobre a **definição de uma estratégia utilizada pela Unidade de Saúde** que coordenam, podemos verificar que não existe uma estratégia definida, o que vai ao encontro da informação contida na análise da primeira questão, em que apenas E1 referiu a existência de um Plano Estratégico e Operacional comum a toda a organização.

Os inquiridos reconhecem que existem ameaças e oportunidades, assim como pontos fortes e fracos, na unidade e na organização no seu todo, também devido à categoria de clínica privada (E2), mas não os especificam. E1 refere a importância de uma avaliação contínua para colmatar as lacunas identificadas. Todos os inquiridos salientam a necessidade de prestar um óptimo/eficaz atendimento ao utente/cliente como forma de se implementarem/posicionarem no contexto envolvente.

Síntese

Pela análise de conteúdo podemos perceber que, apenas o primeiro entrevistado (E1) refere a existência de um Plano Estratégico e Operacional da organização, tendo este sido elaborado pelo próprio com o apoio de outro Gestor da Organização. E2 refere que apesar de não existir um documento escrito/formal, todos os profissionais da Unidade de Saúde estão conscientes do que têm que fazer e dos objectivos que têm de atingir. Referindo E3 que apenas tem um objectivo que é partilhado por todos os profissionais e que se prende com o atendimento adequado a todos os doentes que procuram a Unidade de Saúde.

Nenhum dos gestores/coordenadores tem na realidade conhecimento de instrumentos de apoio à gestão estratégica e não os aplicam nas unidades em questão. E1 apenas referis aplicar um software (PHC) que faz a gestão de toda a parte financeira da instituição, apesar de não saber defini-lo.

Já em relação à avaliação de desempenho nenhum dos entrevistados respondeu à questão colocada no sentido de saber se avaliavam regularmente o desempenho dos profissionais que

coordenam, o que nos levou a concluir da não aplicação formal de nenhum instrumento de avaliação de desempenho. Quanto a reuniões de trabalho pré-definidas, somente E1 diz que são feitas reuniões semanais, e todos os inquiridos dizem que acompanham diariamente as actividades desenvolvidas pelos seus colaboradores.

Quando questionados sobre a avaliação da satisfação dos profissionais que coordenam, E1 refere a importância da definição de objectivos de desempenho, já E1 e E2 apontam para importância da formação, realçando E3 o que está de certa forma relacionado com o processo de motivação intrínseca, ou seja, a satisfação obtida pelos profissionais no cumprimento adequado do seu trabalho, e faz ainda alusão à questão monetária, mas não especifica. A gerência e promoção das relações interpessoais e interprofissionais, com o objectivo do aumento da eficácia do desempenho dos profissionais/organização, tem a atenção dos gestores/coordenadores que procuram manter um bom ambiente de trabalho entre os colegas e entre estes e a gestão/coordenação, chamando ainda a atenção para as diferenças individuais e, consequentemente, para a impossibilidade de uniformização na forma de relacionamento. E1 refere a existência de reuniões semanais na sua Unidade e ainda a realização de um encontro mensal, entre fisioterapeutas, com o objectivo de debater problemas e estudo de casos com vista não só a uma melhoria das relações de trabalho como ainda dos serviços prestados.

Por fim verificámos não existir uma estratégia definida nas unidades analisadas, verificando-se a concordância com a primeira questão onde apenas E1 referiu a existência de um Plano Estratégico e Operacional comum a toda a organização.

Os inquiridos reconhecem a existência de ameaças e oportunidades, bem como de pontos fortes e fracos nas suas unidades, referindo E1 a importância de uma avaliação contínua para colmatar as lacunas identificadas. Todos de uma forma geral, salientam a necessidade de prestar um óptimo/eficaz atendimento ao utente/cliente como forma de se implementarem/posicionarem no contexto envolvente.

2.2.3 Métodos Estatísticos Utilizados

(a) Estatística Descritiva

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas e para as variáveis das várias escalas, também as tabelas de frequências e as estatísticas relevantes.

As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das dimensões apresentadas. Para as variáveis da escala de medida, apresentam-se alguns dados significantes, como:

- Os valores médios obtidos para cada questão (para as questões numa escala de 1 a 7, um valor superior a 4 é superior à média da escala).
- Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão.
- O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- Os valores mínimos e máximos observados.
- Gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

b) Análise de Consistência Interna da Escala

A análise de fidelidade permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de fidelidade da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala. Podem ser usados coeficientes de correlação inter-classes para calcular estimativas de fidelidade.

No SPSS estão disponíveis, vários modelos de análise da fidelidade e validade, tais como: (a) Alpha (Cronbach): modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item; (b) Split-half: divide a escala em duas partes e examina a correlação entre elas; (c) Guttman: calcula limites inferiores de fidelidade; (d) Paralelo: assume variâncias iguais e erros de variância iguais nas replicações; (e) Paralelo rígido: também pressupõe médias iguais entre itens.

Nas ciências sociais o modelo mais utilizado para verificação de fidelidade e validade de escalas é o Alpha de Cronbach, este mede a fidelidade ou consistência de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representa uma determinada dimensão. Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o Alfa de Cronbach será baixo. Tecnicamente, o Alfa de Cronbach não é um teste estatístico – é um coeficiente de fidelidade (ou consistência).

Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade (*reliability*) alta.

Note-se que um coeficiente de fidelidade de 0.80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de fidelidade entre 0.70 e 0.80 é considerado como "aceitável".

Em cada análise, apresenta-se, o valor do Alfa de Cronbach que, sendo igual ou superior a 0,80, indicia elevada fidelidade dos dados ou, se for igual ou superior a pelo menos 0,70, indicia uma aceitável fidelidade dos dados.

Quando existem *missing values*, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efectuados para o Alfa de Cronbach.

c) Intervalos de Confiança

Os intervalos de confiança são determinados com um grau de confiança de 95%. Os intervalos de confiança são um instrumento da inferência estatística que permitem inferir sobre os intervalos de valores que se observam para a população, a partir de dados da amostra e também averiguar se diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população.

Ao valor de 95% para o grau de confiança está associado um valor complementar de 5%, que é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Para as variáveis quantitativas, apresentam-se os valores médios e o limite inferior (LI) e limite superior (LC) do intervalo de confiança, com um grau de confiança de 95%. Estes dados permitem concluir sobre os intervalos de valores que se observam para a população e comparar quaisquer duas variáveis quantitativas.

Se existir sobreposição entre os valores do intervalo de confiança, significa que não podemos considerar que as duas variáveis em análise apresentam valores diferentes, em média.

Se não existir sobreposição entre os valores do intervalo de confiança, significa que podemos considerar que as duas variáveis em análise apresentam valores diferentes, em média.

Estas conclusões são estabelecidas para um nível de significância de 5%, tal como todos os testes de hipóteses utilizados nas Ciências Sociais.

d) Teste t de Student e teste de Mann-Whitney

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população. O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%. Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotômica: Para realizar o cruzamento entre as variáveis quantitativas e a variável qualitativa nominal dicotômica pode utilizar-se o teste paramétrico *t de Student*, de forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotômica.

Explicação do teste: O teste t é antecedido por um teste de hipóteses à igualdade das variâncias em cada um dos grupos, que é o teste de Levene:

- H0: A variância (desvio padrão) é igual para ambos os grupos da variável dicotômica.

- H_1 : A variância (desvio padrão) é diferente para os dois grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova deste teste é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

Quando o valor de prova é superior a 5%, não se rejeita H_0 e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos.

Quando o valor de prova é inferior a 5% rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : consideram-se as variâncias diferentes para os dois grupos.

Estes resultados são considerados para a análise do teste t: considera-se a linha superior ou a linha inferior, consoante as variâncias se consideram iguais ou diferentes, respectivamente.

Considera-se a linha superior para variâncias iguais e a linha inferior para variâncias diferentes.

O teste t coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.
- H_1 : Existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), que colocam a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar alguns dos testes estatísticos, nomeadamente os paramétricos, é necessário verificar este pressuposto.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : A variável quantitativa segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.
- H_1 : A variável quantitativa não segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa o que não se verifica, quando pelo menos um valor de prova for inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. Nesses casos, o teste paramétrico precisa de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que não sucede. Por esse motivo, deve ser aplicado o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, recorre-se então ao teste de Mann-Whitney, que permite comparar os valores medianos da escala em cada um dos grupos.

O teste de Mann-Whitney coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.
- H_1 : Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

O valor que importa analisar é a significância do teste, também designada por valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

e) Teste ANOVA e Kruskal-Wallis

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas classes de uma variável qualitativa nominal ou ordinal: Para realizar o cruzamento entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA, que não é mais do que uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão.

A questão central reside em saber se a população tem, ou não, médias iguais, ou seja, se a variável quantitativa apresenta os mesmos valores médios para as várias categorias da variável qualitativa.

A ANOVA, sendo um teste paramétrico, exige que as variáveis em estudo provenham de amostras grandes ou, caso contrário, que apresentem uma distribuição normal, o que será verificado posteriormente, pois a amostra apresenta grupos com pequena dimensão.

O teste ANOVA reside em:

- H_0 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais.
- H_1 : As médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são diferentes.

O resultado do teste à homogeneidade de variâncias é extremamente importante no procedimento da ANOVA, uma vez que permite verificar um pressuposto (igualdade de

variâncias nas categorias da variável qualitativa) que tem de ser cumprido para validar a análise subsequente. Este teste consiste em verificar se as variâncias podem ser consideradas iguais nas várias categorias do factor, colocando as seguintes hipóteses:

- H_0 : As variâncias da variável quantitativa são iguais nas categorias da variável qualitativa.
- H_1 : As variâncias da variável quantitativa são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova é superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula, verifica-se o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando não se verifica, os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Quando o valor de prova da ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas. Quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S, já explicado.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : A variável quantitativa segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.
- H_1 : A variável quantitativa não segue uma distribuição normal para todas as classes da variável qualitativa.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H_0 para todas as classes da variável qualitativa. Quando tal não sucede, devido a pelo menos um valor de prova ser inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula. O teste paramétrico terá de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente.

Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias ou o pressuposto da normalidade, em vez da ANOVA tem de se aplicar o teste não paramétrico: teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos.

O teste de Kruskal-Wallis coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : A variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas.
- H_1 : A variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para todas as categorias das variáveis qualitativas.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

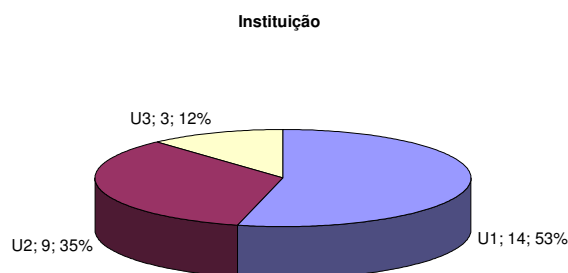
2.2.4 Estatística Descritiva

2.2.4.1 Caracterização Sócio-Demográfica

A população considerada neste estudo é constituída pelos 29 fisioterapeutas que trabalham nas três unidades privadas de fisioterapia, em análise, na altura da recolha dos dados.

Destes, todos responderam ao questionário (100%), mas 3 (10,34%) foram excluídos, por os fisioterapeutas em questão não terem pelo menos o grau de licenciados, sendo considerados válidos 26 (89,66%). A amostra é então constituída por 26 fisioterapeutas (N=26) distribuídos por três UPF, sendo 14 da U1 (53%), 9 da U2 (35%) e 3 da U3 (12%), como podemos observar em representação gráfica.

Gráfico 2.1 – Instituição



Fonte: Questionários

As variáveis sócio-demográficas incluídas neste estudo foram: (a) Em que ano terminou a sua formação de base; (b) Habilitações literárias; (c) Qual instituição de ensino em que realizou o curso de fisioterapia; (d) Idade; (e) Sexo; (f) Há quantos anos exerce a sua profissão; (g) Há quantos anos trabalha nesta instituição; (h) qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora; (i) Exerce a sua actividade apenas no sector privado; (j) Actualmente para além desta instituição trabalha noutro (s) local (ais).

a) Em relação ao ano de término da formação base podemos verificar que a base varia entre os anos 1991 e 2009, sendo que pode ser observado através da tabela 2.1 que os anos com maior frequência são os de 2004 e 2006, cada um deles com 4 elementos, e ainda que as formações em anos mais recentes são mais frequentes, principalmente a partir de 2004.

Tabela 2.1 – Ano de término da formação base

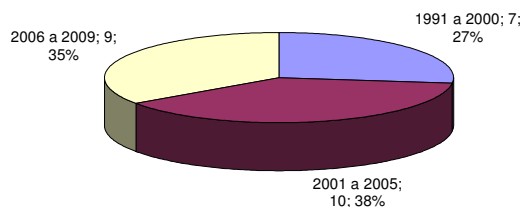
	Frequência	Porcentagem
1991	2	7,7
1992	1	3,8
1999	2	7,7
2000	2	7,7
2001	2	7,7
2002	1	3,8
2003	1	3,8
2004	4	15,4
2005	2	7,7
2006	4	15,4
2007	1	3,8
2008	2	7,7
2009	2	7,7
Total	26	100,0

Fonte: Questionários

A variável do ano de término da formação de base foi recodificada, de acordo com os seguintes valores: 1991 e 2000, 2001 e 2005 e 2006 e 2009. Podemos então concluir que 27% (7 Ft) dos elementos analisados terminaram a formação base entre 1991 e 2000, 38% (10 Ft) entre 2001 e 2005 e 35% (9 Ft) entre 2006 e 2009.

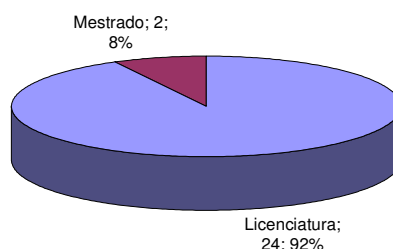
Gráfico 2.2 – Ano de término da formação base

1. Em que ano terminou a sua formação de base?



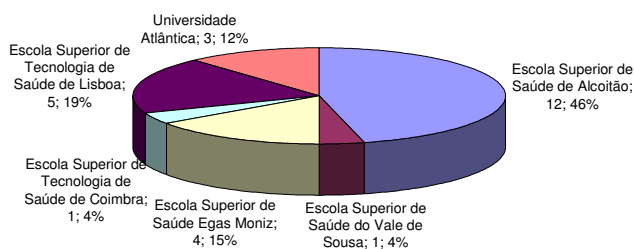
Fonte: Questionários

b) Quando analisámos os dados obtidos em relação as habilitações literárias, podemos verificar que a grande maioria dos fisioterapeutas em questão, 92% (24 Ft), têm o grau de licenciado e apenas 8% (2 Ft) têm o grau de mestre, como pode ser observado no gráfico 2.3. Lembramos que era condição de exclusão os profissionais possuírem apenas o grau de bacharel.

Gráfico 2.3 – Habilitações literárias**2. Habilitações Literárias**

Fonte: Questionários

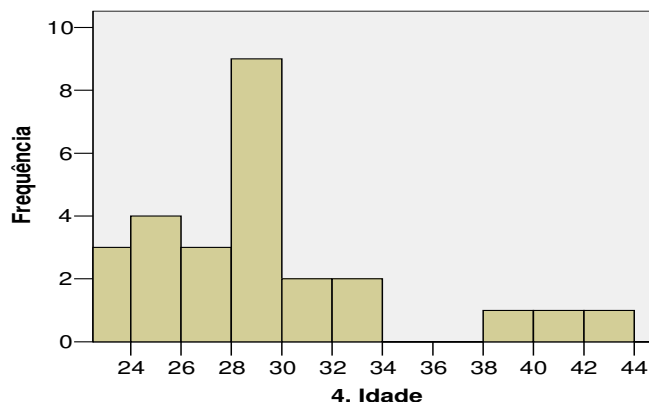
c) De entre os profissionais da amostra foram várias as instituições de ensino onde realizaram a sua formação de base (fisioterapia), tendo sido distribuídos da seguinte forma: a Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA) tem a maior frequência de elementos com 46% da amostra (12 Ft), seguida da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa (ESTeSL), com 19% (5 Ft), a Escola Superior de Saúde de Egas Moniz (ESSEM), com 15% (4 Ft) e a Universidade Atlântica, com 12% (3 Ft). São também referidas a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra (ESTeSC) e a Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa (ESSVS), cada uma com um elemento na amostra representando 4% da totalidade.

Gráfico 2.4 – Instituição em que realizou o curso de fisioterapia**3. Qual a instituição de Ensino em que realizou o curso de Fisioterapia?**

Fonte: Questionários

d) Em relação à idade, que é uma escala variável, verificou-se que dos 26 indivíduos o valor médio de idades corresponde a 28,9 anos, com uma dispersão de valores de 18%. Os valores, mínimo e máximo são, respectivamente, 23 e 43 anos, como pode ser observado no histograma seguinte, onde se ilustra a distribuição de valores da idade.

Gráfico 2.5 – Idade

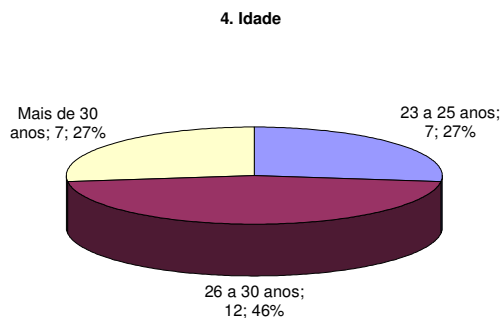


Fonte: Questionários

Pode observar-se que a distribuição das idades é mais frequente entre os 28 e 30 anos, e verifica-se principalmente até aos 34 anos, sendo os valores superiores a 40 anos considerados *outliers* (casos extremos).

A idade foi recodificada, de acordo com os seguintes valores, 23 a 25 anos, 26 a 30 anos e mais de 30 anos, sendo que a classe etária com maior representatividade, como pode ser observado no gráfico 2.6, foi a dos 26 a 30 anos, com 46% (12 Ft), seguida da dos 23 a 25 anos e da de mais de 30 anos (31 a 43 anos), ambas com 27% (7 Ft).

Gráfico 2.6 – Idade recodificada

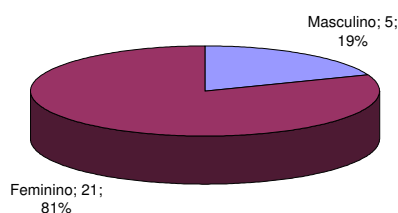


Fonte: Questionários

e) A variável sexo é nominal dicotómica, assumindo os valores masculino e feminino; nesta amostra verifica-se que é notória a diferença, sendo muito maior o número de profissionais femininas a desempenhar as suas funções nestas instituições como se pode observar no Gráfico 2.7, que 81% (21 Ft), são do sexo feminino, e apenas 19% (5 Ft) são do sexo masculino.

Gráfico 2.7 – Sexo

5. Sexo

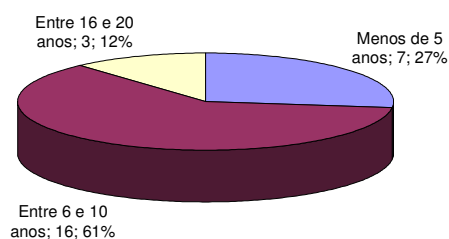


Fonte: Questionários

f) Relativamente ao tempo de exercício profissional, podemos ver que 61% (16 Ft) exerce a sua actividade entre 6 e 10 anos, 27% (7 Ft) há menos de 5 anos e 12% (3 Ft) entre 16 e 20 anos.

Gráfico 2.8 – Anos de exercício profissional

6. Há quantos anos exerce a sua profissão?

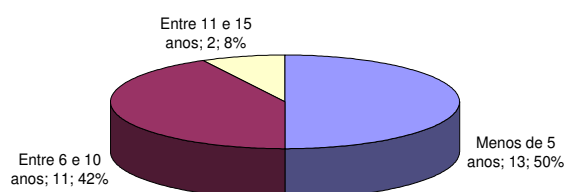


Fonte: Questionários

g) Em relação à antiguidade na instituição podemos referir que, 50% (13 FT) dos indivíduos trabalha na instituição há menos de 5 anos, sendo que 42% (11 Ft) trabalha há entre 6 e 10 anos e 8% (2 Ft) há entre 11 e 15 anos.

Gráfico 2.9 – Anos de trabalho na instituição

7. Há quantos anos trabalha nesta instituição?

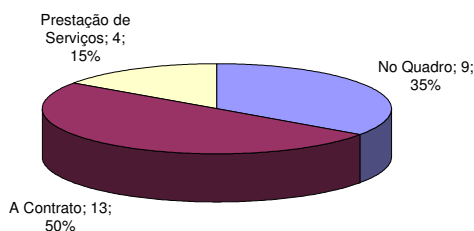


Fonte: Questionários

h) Pelo gráfico abaixo constatamos que em relação ao vínculo com a entidade empregadora, a grande maioria dos fisioterapeutas 50% (13 FT) tem contrato de trabalho com a instituição onde exercem as suas funções, 35% (9 Ft) fazem parte do quadro da instituição empregadora, enquanto 15% (4 Ft) mantêm uma situação de prestadores de serviços.

Gráfico 2.10 – Vínculo com a entidade empregadora

8. Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?

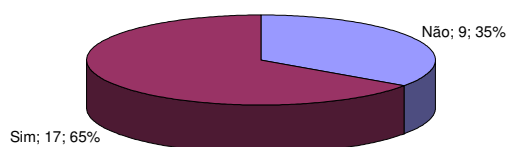


Fonte: Questionários

i) Em relação ao tipo de exercício profissional, verificou-se através deste estudo que 65% (17 Ft) exerçam a sua actividade apenas no sector privado, enquanto 35% (9 Ft) acumula esse exercício com outras instituições não públicas.

Gráfico 2.11 – Exercício de actividade

9. Exerce a sua actividade apenas no sector privado?

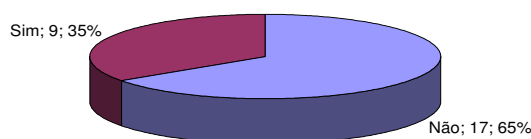


Fonte: Questionários

j) Quando inquiridos se exerciam a sua actividade profissional noutra local ou locais, verificou-se que 35% (9 Ft) responderam que sim, e 65% (17 Ft) responderam que não.

Gráfico 2.12 – Locais de exercício de actividade

10. Actualmente para além desta instituição trabalha noutra (s) local (ais)?



Fonte: Questionários

Os nove elementos da amostra que trabalham noutra local referem Domicílios (4 Ft), Gabinete (2 Ft), sendo ainda referidos Clube Desportivo, Investigação, cada referido por 1 Ft e Universidade Atlântica, Academia Ribeiro dos Reis, ambos referidos pelo mesmo fisioterapeuta.

Tabela 2.2 – Frequência dos Outros locais de trabalho

	Frequência
Domicílios	4
Gabinete	2
Clube Desportivo	1
IHMT – Investigação, Domicílios	1
Universidade Atlântica, Academia Ribeiro dos Reis	1

Fonte: Questionários

Em síntese;

Podemos referir que de acordo com os dados recolhidos e as informações fornecidas pela análise estatística, podemos caracterizar o perfil da população em estudo, assim podemos verificar tratar-se de uma população cujos profissionais terminaram a sua formação de base com maior incidência nos anos de 2001 a 2005, essencialmente a partir do ano de 2004, têm como habilitações literárias na grande maioria o grau de licenciado, tendo como instituição principal de formação a ESSA. A média de idade é de 28,9 anos tendo um mínimo de 23 anos e um máximo de 43 anos, sendo a maior incidência no intervalo de idades compreendido entre os 26 anos e os 30 anos.

É uma amostra maioritariamente feminina, com uma representatividade de 81 %, e que exerce a sua profissão na maior parte dos casos (16 Ft) entre 6 e 10 anos, trabalhando na instituição à menos de 5 anos, e tendo 50% dos elementos, um contrato de trabalho com a entidade empregadora. Da totalidade dos elementos 65% exercem a sua actividade apenas no sector privado e na instituição em estudo, sendo apenas 35% os elementos trabalhadores em outros locais, essencialmente efectuando domicílios como complemento de actividade (44,5%).

2.2.5 Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional

Tabela 2.3 – Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Disponho de recursos técnicos necessários para o bom desempenho das minhas funções.					2	7,7%	2	7,7%	7	26,9%	9	34,6%	6	23,1%
2. O tempo de que disponho para efectuar o meu trabalho com qualidade é suficiente.	1	3,8%	2	7,7%	4	15,4%			16	61,5%	3	11,5%		
3. O meu desempenho atinge um bom nível de qualidade.							1	3,8%	11	42,3%	14	53,8%		
4. Nesta organização há uma clara divisão de tarefas entre os vários profissionais.					5	19,2%			12	46,2%	6	23,1%	3	11,5%
5. O meu trabalho é muito repetitivo tendo baixo nível de complexidade.	5	19,2%	11	42,3%	5	19,2%	1	3,8%	2	7,7%	2	7,7%		
6. O tipo de gestão praticada nesta organização condiciona o meu desempenho profissional			1	3,8%	5	19,2%	4	15,4%	11	42,3%	4	15,4%	1	3,8%
7. Tendo sempre presentes os valores e objectivos desta organização, consigo desempenhar as minhas funções segundo os padrões de prática da minha profissão.			1	3,8%			1	3,8%	12	46,2%	11	42,3%	1	3,8%
8. Nesta organização é praticada avaliação de desempenho.	3	11,5%	3	11,5%	1	3,8%	8	30,8%	3	11,5%	2	7,7%	6	23,1%
9. Os meus colegas e superiores ajudam-me a perceber se o meu desempenho é favorável.	1	3,8%	2	7,7%			2	7,7%	11	42,3%	9	34,6%	1	3,8%
10. Nesta organização o meu trabalho é reconhecido pelos gestores /coordenadores.	1	3,8%	3	11,5%	3	11,5%	7	26,9%	6	23,1%	5	19,2%	1	3,8%
11. Sinto-me prestigiado por ser fisioterapeuta.							5	19,2%	4	15,4%	9	34,6%	8	30,8%
12. Como profissional sinto-me respeitado(a) nesta organização.					1	3,8%	2	7,7%	10	38,5%	9	34,6%	4	15,4%
13. O trabalho nesta organização valoriza-me profissionalmente.					1	3,8%	1	3,8%	7	26,9%	13	50,0%	4	15,4%
14. Nesta organização é difícil evoluir na carreira profissional.	2	7,7%	3	11,5%	2	7,7%	3	11,5%	3	11,5%	6	23,1%	7	26,9%
15. O meu coordenador apoia-me na minha prática.			1	3,8%	1	3,8%	4	15,4%	1	3,8%	9	34,6%	10	38,5%
16. Relativamente às funções que desempenho, tenho uma imagem positiva de mim próprio.							2	7,7%	6	23,1%	14	53,8%	4	15,4%
17. Existe a oportunidade de trabalhar nas áreas em que tenho maiores competências.			1	3,8%	1	3,8%	1	3,8%	6	23,1%	11	42,3%	6	23,1%
18. Fico mais satisfeita profissionalmente se conseguir obter um bom nível de desempenho.											11	42,3%	15	57,7%
19. Estou satisfeito (a) com a minha opção profissional.							1	3,8%	4	15,4%	9	34,6%	12	46,2%
20. De uma forma geral sinto-me satisfeito(a) com o trabalho que desenvolvo nesta organização.					2	7,7%			6	23,1%	13	50,0%	5	19,2%
21. Nesta organização é-me dada a oportunidade de fazer formação contínua.			1	3,8%	2	7,7%	2	7,7%	6	23,1%	10	38,5%	5	19,2%
22. Ponho em prática diariamente os conhecimentos adquiridos na formação contínua.					3	11,5%	3	11,5%	7	26,9%	8	30,8%	5	19,2%
23. O meu coordenador (a) incentiva-me e dá-me oportunidade de fazer formação contínua, regularmente.					3	11,5%	3	11,5%	8	30,8%	6	23,1%	6	23,1%
24. É valorizado neste contexto organizacional o facto de eu fazer	1	3,8%			4	15,4%	6	23,1%	6	23,1%	5	19,2%	4	15,4%

	1		2		3		4		5		6		7	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
formação continua														
25. Nesta organização existem boas relações de trabalho entre os diferentes profissionais.							1	3,8%	8	30,8%	12	46,2%	5	19,2%
26. Existe diariamente colaboração no trabalho entre os diversos profissionais desta organização.					2	7,7%	4	15,4%	5	19,2%	11	42,3%	4	15,4%
27. Existe nesta organização uma troca constante de conhecimentos e experiências, com os meus pares, efectuada aos vários níveis hierárquicos.			1	3,8%	5	19,2%	4	15,4%	8	30,8%	6	23,1%	2	7,7%
28. Posso contar com a cooperação dos colegas de profissão, no meu trabalho diário.					1	3,8%	2	7,7%	7	26,9%	7	26,9%	9	34,6%
29. Sinto autonomia técnica/profissional na minha prática diária.			2	7,7%					8	30,8%	9	34,6%	7	26,9%
30. São da minha inteira responsabilidade os resultados do meu trabalho.					4	15,4%	1	3,8%	8	30,8%	11	42,3%	2	7,7%
31. Tenho total liberdade para tomar decisões sobre a minha prática diária.	1	3,8%	1	3,8%	1	3,8%	3	11,5%	8	30,8%	11	42,3%	1	3,8%
32. As minhas competências são valorizadas na resolução de problemas relacionados com a prática profissional diária.			2	7,7%	2	7,7%	3	11,5%	7	26,9%	12	46,2%		
33. As recompensas que esta instituição me oferece compensam o meu esforço profissional.	4	15,4%	2	7,7%	6	23,1%	7	26,9%	4	15,4%	3	11,5%		
34. Tenho estabilidade em relação ao meu futuro profissional nesta organização.	2	7,7%	2	7,7%	2	7,7%	9	34,6%	6	23,1%	4	15,4%	1	3,8%
35. O salário que recebo é compatível com o meu nível de actividade.	2	7,7%	5	19,2%	2	7,7%	8	30,8%	6	23,1%	3	11,5%		

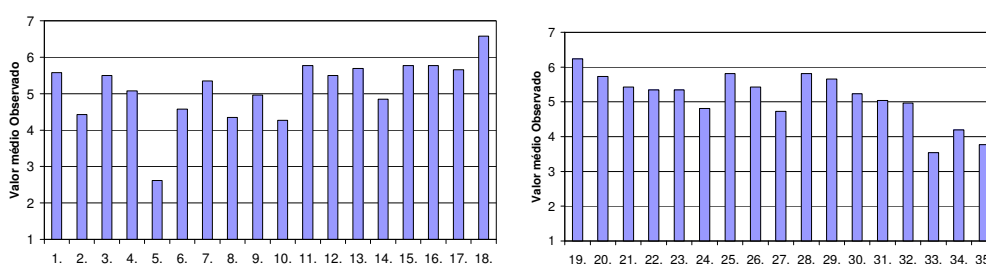
Fonte: Questionários

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1-discordo totalmente; 2- discordo; 3- discordo em parte; 4- indiferente; 5- concordo em parte; 6- concordo; 7- concordo totalmente.

Através da tabela 2.3 podemos verificar o número de respostas dos fisioterapeutas, dadas para cada item da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional aplicada neste estudo. Graficamente podemos ilustrar da seguinte forma os valores médios observados para cada item/questão, que são superiores ao ponto “5 – concordo em parte” da escala, para a maioria dos itens. E estão entre “4 – indiferente” e “5 – concordo em parte” para os itens 2, 6, 8, 10, 14, 24, 27 e 34, este com um valor menor. Para os itens 5, 33 e 35 são inferiores ao ponto intermédio da escala.

Gráfico 2.13 – Valores Médios observados para cada Item/Questão



Fonte: Questionários

2.2.6 Análise de Consistência Interna da Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional

Foi analisada a fiabilidade da escala utilizada, estimando-se a sua consistência interna com o recurso ao cálculo do Alfa de Cronbach, com o objectivo de avaliar as suas qualidades. A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com sete categorias, o que permite que cada indivíduo tenha sete alternativas de resposta (de “1” a “7”) entre “discordo totalmente” até “concordo totalmente”. É constituída por 35 itens, os quais se organizam em 7 dimensões, sendo: (1) Autonomia; (2) Desempenho; (3) Estatuto Profissional; (4) Segurança; (5) Relações Interpessoais/Profissionais; (6) Formação ao Longo da Vida (Formação Continua); (7) Satisfação Profissional.

Tabela 2.4 – Itens por Dimensão estudada

DIMENSÕES	ITENS/QUESTÕES POR DIMENSÃO
Autonomia	29. Sinto autonomia técnica/profissional na minha prática diária. 30. São da minha inteira responsabilidade os resultados do meu trabalho. 31. Tenho total liberdade para tomar decisões sobre a minha prática diária
Desempenho	1. Disponho de recursos técnicos necessários para o bom desempenho das minhas funções. 2. O tempo de que disponho para efectuar o meu trabalho com qualidade é suficiente. 3. O meu desempenho atinge um bom nível de qualidade. 4. Nesta organização há uma clara divisão de tarefas entre os vários profissionais. * 5. O meu trabalho é muito repetitivo tendo baixo nível de complexidade. * 6. O tipo de gestão praticada nesta organização condiciona o meu desempenho profissional. 7. Tendo sempre presentes os valores e objectivos desta organização, consigo desempenhar as minhas funções segundo os padrões de prática da minha profissão. 8. Nesta organização é praticada avaliação de desempenho. 9. Os meus colegas e superiores ajudam-me a perceber se o meu desempenho é favorável. 10. Nesta organização o meu trabalho é reconhecido pelos gestores/coordenadores.
Estatuto Profissional	11. Sinto-me prestigiado por ser fisioterapeuta. 12. Como profissional sinto-me respeitado(a) nesta organização. 13. O trabalho nesta organização valoriza-me profissionalmente. 32. As minhas competências são valorizadas na resolução de problemas relacionados com a prática profissional diária. 35. O salário que recebo é compatível com o meu nível de actividade.
Segurança	33. As recompensas que esta instituição me oferece compensam o meu esforço profissional. 34. Tenho estabilidade em relação ao meu futuro profissional nesta organização.
Relações Interpessoais/Profissionais	25. Nesta organização existem boas relações de trabalho entre os diferentes profissionais. 26. Existe diariamente colaboração no trabalho entre os diversos profissionais desta organização. 27. Existe nesta organização uma troca constante de conhecimentos e experiências, com os meus pares, efectuada aos vários níveis hierárquicos. 28. Posso contar com a cooperação dos colegas de profissão, no meu trabalho diário.
Formação Continua	21. Nesta organização é-me dada a oportunidade de fazer formação contínua. 22. Ponho em prática diariamente os conhecimentos adquiridos na formação contínua. 23. O meu coordenador (a) incentiva-me e dá-me oportunidade de fazer formação contínua, regularmente. 24. É valorizado neste contexto organizacional o facto de eu fazer formação contínua.
Satisfação Profissional	* 14. Nesta organização é difícil evoluir na carreira profissional. 15. O meu coordenador apoia-me na minha prática. 16. Relativamente às funções que desempenho, tenho uma imagem positiva de mim próprio. 17. Existe a oportunidade de trabalhar nas áreas em que tenho maiores competências. 18. Fico mais satisfeito profissionalmente se conseguir obter um bom nível de desempenho. 19. Estou satisfeito (a) com a minha opção profissional. 20. De uma forma geral sinto-me satisfeito(a) com o trabalho que desenvolvo nesta organização.

Fonte: Questionários

* Os itens 5, 6 e 14 são formulados no sentido inverso ao das dimensões que pretendem medir, pelo que as suas escalas de resposta terão que ser recodificadas (1 passa a 7, 2 passa a 6, 3 passa a 5, 4 mantém-se, 5 passa a 3, 6 passa a 2, 7 passa a 1), antes de se proceder à análise.

2.2.6.1 Estatísticas de Consistência Interna da Escala, e por Dimensão:

Para os 35 itens o valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 35 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão, a Avaliação do Desempenho Organizacional.

Testes adicionais (tabela 16 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuem para que o valor do Alfa seja significativamente mais elevado:

Tabela 2.5 – Estatísticas de consistência interna da escala por dimensão

Dimensões da Escala	N.º de Itens	α Cronbach
Escala de Avaliação de Desempenho	35	,934
Autonomia	3	,868
Desempenho	10	,778
Estatuto Profissional	5	,627
Segurança	2	,529
Relações Interpessoal/Profissional	4	,893
Formação ao Longo da Vida (Formação Contínua)	4	,857
Satisfação Profissional	7	,670

Fonte: Questionários

(1) Autonomia

O valor do Alfa de Cronbach para esta dimensão é superior ao valor de 0,80, como se pode observar na tabela 2.5, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 3 variáveis (itens) medem de forma aceitável uma única dimensão, a Autonomia.

Testes adicionais (tabela 18 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuem para que o valor do Alfa seja mais elevado.

(2) Desempenho

O valor do Alfa de Cronbach para a dimensão Desempenho é superior ao valor de 0,70, como se pode observar na tabela 2.5, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 10 variáveis (itens) medem de forma adequada uma única dimensão, o Desempenho.

Testes adicionais (tabela 20 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 4 contribui para que o valor do Alfa não seja mais

elevado, se este item fosse retirado da escala, o valor do Alfa aumentaria para 0,797. Para eventuais aplicações posteriores da escala, deveria ser dada atenção especial a este item, reformulando-o ou retirando-o da escala.

(3) Estatuto Profissional

O valor do Alfa de Cronbach para a dimensão Estatuto Profissional é inferior ao valor de 0,70, como se pode observar na tabela 2.5, pelo que não podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 5 variáveis (itens) não medem de forma adequada uma única dimensão, o Estatuto Profissional. No entanto, o valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de referência.

Testes adicionais (tabela 22 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que os itens 11 e 35 contribuem para que o valor do Alfa não seja mais elevado, se o item 11 fosse retirado da escala, o valor do Alfa aumentaria para 0,663, se o item 35 fosse retirado da escala, o valor do Alfa aumentaria para 0,651.

Como tal pela observação, para eventuais aplicações posteriores da escala, deveria ser dada atenção especial a estes itens, reformulando-os ou mesmo retirando-os da escala.

(4) Segurança

Para esta dimensão o valor do Alfa de Cronbach é inferior ao valor de 0,70, como se pode observar na tabela 2.5, pelo que não podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: esta dimensão contempla apenas 2 variáveis (itens) que não medem de forma adequada uma única dimensão, a Segurança.

Testes adicionais (tabela 24 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala.

(5) Relações Interpessoais/ Profissionais

O valor do Alfa de Cronbach é para a dimensão Relações Interpessoais/Profissionais superior ao valor de 0,80, como se pode observar na tabela 2.5, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 4 variáveis (itens) medem de forma aceitável uma única dimensão, as Relações Interpessoais/ Profissionais.

Testes adicionais (tabela 26 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

(6) Formação ao Longo da Vida (Formação Continua)

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, como se pode observar na tabela 2.5, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 4 variáveis (itens) medem de forma aceitável uma única dimensão, a Formação ao Longo da Vida (Formação Continua).

Testes adicionais (tabela 28 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuem para que o valor do Alfa seja mais elevado.

(7) Satisfação Profissional

O valor do Alfa de Cronbach é inferior ao valor de 0,70, como se pode observar na tabela 2.5, pelo que não podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 7 variáveis (itens) não medem de forma adequada uma única dimensão, a Satisfação Profissional. No entanto, o valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de referência e testes adicionais (tabela 30 em anexo) indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 14 contribui para que o valor do Alfa não seja mais elevado, se o item 14 fosse retirado da escala, o valor do Alfa aumentaria para 0,725:

Em eventuais aplicações posteriores da escala, deveria ser dada atenção especial a este item, reformulando-o ou retirando-o da escala.

Em síntese;

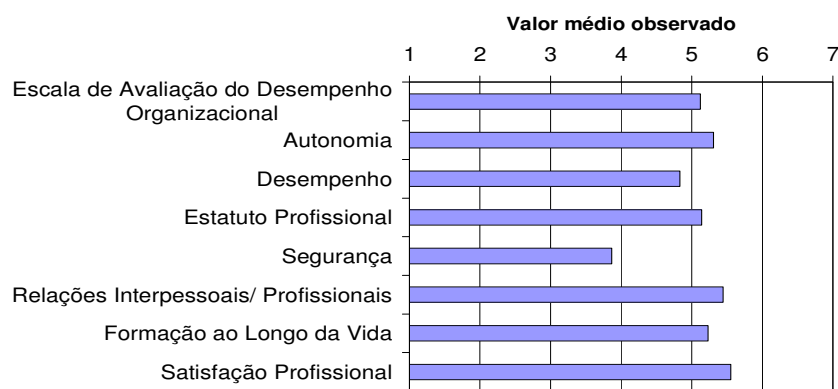
Pela análise dos dados podemos concluir que os valores do Alpha de Cronbach são maioritariamente elevados, assim a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional é adequada, bem como as suas dimensões Autonomia, Desempenho, Relações Interpessoais/ Profissionais e Formação ao Longo da Vida (Formação Continua), tratando-se de uma escala fiável para medir a percepção que os fisioterapeutas das três unidades privadas de fisioterapia, em análise, têm da avaliação de desempenho organizacional/profissional. As dimensões Estatuto Profissional, Segurança e Satisfação Profissional não são medidas de forma adequada nesta amostra, apresentando uma correlação mais fraca, pelo que poderia ser ponderada a reformulação de alguns itens que as constituem em aplicações posteriores da escala. Note-se, no entanto, que esta amostra apresenta uma dimensão muito reduzida, sendo estas conclusões bastante limitadas por esse facto.

2.2.7 Construção da Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional e Estatística Descritiva

Para a escala e para cada uma das suas dimensões, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média dos itens que as constituem.

Para a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional, determinou-se a média dos 35 itens, para a dimensão Autonomia, determinou-se a média dos itens 29, 30 e 31, e assim sucessivamente, sendo ilustrados no gráfico 2.14 os valores médios observados.

Gráfico 2.14 – Valores Médios observados para cada Dimensão



Fonte: Questionários

Pode verificar-se que, a Escala apresenta um valor médio superior ao ponto intermédio da escala de medida, e que as dimensões com valor médio superior são as estratégias de *coping* mais utilizadas, em média, são a Satisfação Profissional e Relações Interpessoais/ Profissionais, seguidas de Autonomia, Formação ao Longo da Vida (Formação Continua) e Estatuto Profissional, seguindo-se o Desempenho, com um valor médio inferior e a dimensão Segurança que apresenta um valor médio claramente mais baixo que todas as outras dimensões, inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

2.2.8 Objectivos

2.2.8.1 Determinar os Principais Factores de Desempenho Organizacional

Na tabela 2.6, apresentam-se os intervalos de confiança para a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional e suas dimensões.

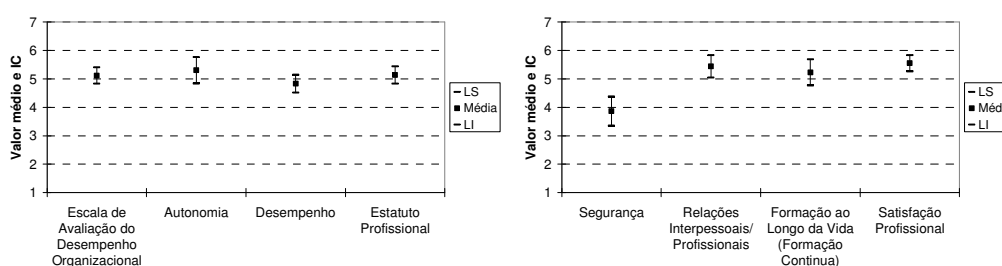
Tabela 2.6 – Intervalos de confiança

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional	5,12	4,83	5,41
Autonomia	5,31	4,84	5,77
Desempenho	4,83	4,52	5,14
Estatuto Profissional	5,14	4,84	5,44
Segurança	3,87	3,35	4,38
Relações Interpessoais/ Profissionais	5,44	5,05	5,84
Formação ao Longo da Vida (Formação Continua)	5,23	4,77	5,69
Satisfação Profissional	5,55	5,27	5,84

Fonte: Questionários

Podemos por exemplo verificar que, comparando a Autonomia com a Segurança, sendo o IC a 95% para a Autonomia de [4.84,5.77] e o IC a 95% para a Segurança de [3.35,4.38], podemos concluir que, a Autonomia tem um valor superior à Segurança não existindo sobreposição. Ainda outro exemplo, comparando a Autonomia com o Desempenho, o IC a 95% para a Autonomia é [4.84,5.77] e o IC a 95% para o Desempenho é [4.52,5.14], neste caso existe sobreposição, não se podendo concluir que a Autonomia seja diferente do Desempenho. Podem ilustrar-se estas diferenças graficamente do seguinte modo:

Gráfico 2.15 – Intervalos de confiança para a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional e suas Dimensões



Fonte: Questionários

Concluindo-se então que todas as dimensões da Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional são consideradas igualmente relevantes, com excepção da Segurança que, por comparação, apresenta um valor inferior ao de todas as outras dimensões.

Assim sendo, podemos verificar que todas as dimensões (factores) são importantes para o Desempenho Organizacional, com excepção da Segurança, que apresenta um valor inferior de [3.85,4.38], tendo a Satisfação Profissional o IC [5.27,5.84], este é o valor mais alto de todos os IC, seguido das Relações Interpessoais/Profissionais com [5.05,5.84], Autonomia [4.84,5.77], Formação Contínua [4.77,5.77], Estatuto Profissional [4.84,5.44], e Desempenho [4.52,5.14].

2.2.8.2 Identificar a Relação Entre as Variáveis de Caracterização Pertinentes e a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e Respectivas Dimensões

A variável 1) **Ano em que terminou a formação** é qualitativa ordinal, e para realizar o seu cruzamento com as variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA.

Como resultados do teste à homogeneidade de variâncias obtivemos:

Tabela 2.7 – Teste à homogeneidade de variâncias para a variável
Em que ano terminou a sua formação de base?

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Valor de prova
Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional	1,483	2	23	,248
Autonomia	,314	2	23	,733
Desempenho	1,221	2	23	,313
Estatuto Profissional	,185	2	23	,832
Segurança	1,001	2	23	,383
Relações Interpessoais/ Profissionais	,600	2	23	,557
Formação ao Longo da Vida (Formação Contínua)	,419	2	23	,662
Satisfação Profissional	1,689	2	23	,207

Fonte: Questionários

Podemos observar na tabela 2.7 que se verifica o pressuposto da homogeneidade das variâncias, assim quando o valor de prova é superior a 5%, implica a não rejeição da hipótese nula, as médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais para a escala e todas as dimensões. Quando se verifica o pressuposto a ANOVA é adequada, e quando tal não se verifica os seus resultados terão ainda de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

A ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas (tabela 32 em anexo).

O valor de prova é superior a 5% para a escala e todas as dimensões, aceita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias do ano de formação, não se verificando diferenças significativas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade da distribuição das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors - tabela 33 em anexo):

A normalidade da distribuição das variáveis verifica-se para a escala e a maioria das dimensões, mas não se verifica para as dimensões Autonomia e Segurança, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, quando não se verifica um dos pressupostos:

**Tabela 2.8 – Valores de resultado do teste Kruskal-Wallis para
*Em que ano terminou a sua formação de base?***

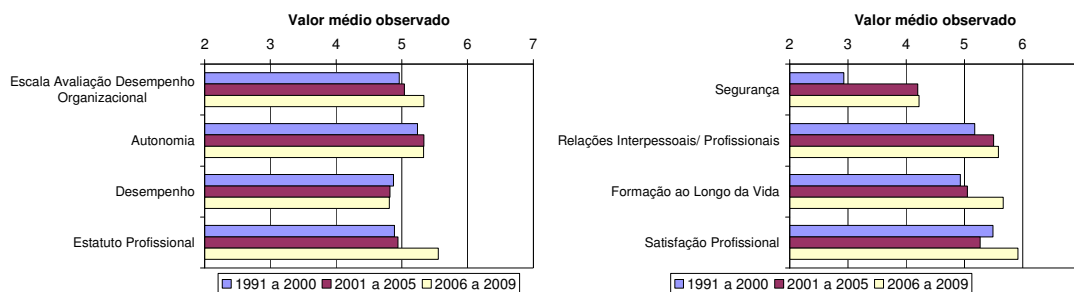
	Qui-quadrado	Gl	Valor de prova
Autonomia	0,39	2	0,821
Segurança	3,08	2	0,214

Fonte: Questionários

O valor de prova é superior a 5% para estas duas dimensões: os resultados da ANOVA são assim confirmados.

No gráfico 2.16, podemos verificar que na amostra os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e respectivas dimensões tendem a aumentar para anos de formação mais recentes, com excepção feita para o Desempenho. No entanto as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Gráfico 2.16 – Valores médios para a variável *Em que ano terminou a sua formação de base?*



Fonte: Questionários

Podemos concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e respectivas dimensões tendem a aumentar para anos de formação mais recentes, excepto para o Desempenho, mas não de forma significativa.

A variável **4) Idade** é uma variável qualitativa ordinal como a anteriormente estudada, logo os procedimentos irão ser idênticos, ou seja, para realizar o cruzamento entre estas variáveis, utiliza-se a ANOVA. Se o valor de prova é superior a 5%, implica a não rejeição da hipótese nula, e as médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais para a escala e todas as dimensões.

**Tabela 2.9 – Teste à homogeneidade de variâncias para a variável
*Idade***

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Valor de prova
Escala Avaliação Desempenho Organizacional	3,079	2	23	,065
Autonomia	3,613	2	23	,043
Desempenho	1,046	2	23	,367
Estatuto Profissional	,725	2	23	,495
Segurança	1,270	2	23	,300
Relações Interpessoais/ Profissionais	,953	2	23	,400
Formação ao Longo da Vida	2,106	2	23	,145
Satisfação Profissional	1,453	2	23	,255

Fonte: Questionários

Como podemos observar na tabela 2.9, pelos resultados do teste verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias, assim sendo o valor de prova é superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula para a escala e todas as suas dimensões, com excepção da Autonomia. Quando se verifica o pressuposto a ANOVA é adequada, quando não se verifica os seus resultados terão de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

A ANOVA permite então verificar as hipóteses anteriormente definidas (tabela 35 em anexo). O valor de prova é inferior a 5% para a Escala (0,037) e as dimensões Estatuto Profissional (0,015), Segurança (0,040), Formação ao Longo da Vida (0,036) e Satisfação Profissional (0,004), rejeitando-se então a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias da idade, verificando-se neste caso diferenças significativas.

O valor de prova é superior a 5% para a escala e as dimensões Autonomia (0,273), Desempenho (0,191) e Relações Interpessoais/ Profissionais (0,630), aceita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias da idade, e não se verificam diferenças significativas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors - tabela 36 em anexo):

A normalidade da distribuição das variáveis não se verifica para as dimensões Autonomia, Segurança e Relações Interpessoais/ Profissionais, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula (as médias não são iguais).

O teste paramétrico terá de ser confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, teste de Kruskal-Wallis, colocando este como hipóteses, H_0 : a variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas, e como H_1 : a variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas, para o caso de não se verificar um dos pressupostos:

Tabela 2.10 – Resultados do teste Kruskal-Wallis para a variável Idade

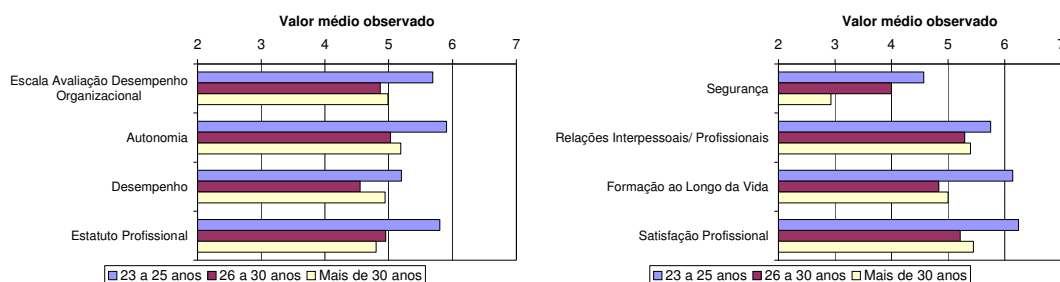
	Qui-quadrado	gl	Valor de prova
Autonomia	3,16	2	0,206
Segurança	3,96	2	0,138
Relações Interpessoais/ Profissionais	1,43	2	0,488

Fonte: Questionários

O valor de prova é superior a 5% para as três dimensões: os resultados da ANOVA são confirmados, excepto para a Segurança, em que as diferenças observadas deixam de ser consideradas significativas.

No gráfico 2.17, podemos verificar que na amostra, os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e as dimensões Estatuto Profissional, Formação ao Longo da Vida e Satisfação Profissional são superiores para as idades 23 a 25 anos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Gráfico 2.17 – Valores médios para a variável Idade



Fonte: Questionários

Na amostra, os valores médios das dimensões Autonomia, Desempenho, Segurança e Relações Interpessoais/ Profissionais também tendem a diminuir com o aumento da idade, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Podemos concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e as dimensões Estatuto Profissional, Formação ao Longo da Vida e Satisfação Profissional são superiores para as idades 23 a 25 anos, e que as dimensões Autonomia, Desempenho, Segurança e Relações Interpessoais/ Profissionais diminuem com o aumento da idade, mas não de forma significativa.

A variável **5) Sexo** é uma variável nominal dicotómica, assim para que seja possível realizar o cruzamento entre a escala e as suas dimensões e esta variável podemos utilizar o teste paramétrico *t de Student*, de forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios, observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica, sendo este

antecedido pelo teste de Levene, que é um teste de hipóteses à igualdade das variâncias que, neste caso, produz os seguintes resultados (resumidos):

Tabela 2.11 – Resultados dos testes Levene e t para a variável Sexo

		Teste de Levene		Teste t		
		F	P	T	gl	Valor de prova
Escala Avaliação	H ₀ - Variâncias iguais	,035	,853	,622	24	,540
Desempenho Organizacional	H ₁ - Variâncias diferentes			,596	5,792	,574
Autonomia	H ₀ - Variâncias iguais	,068	,796	,769	24	,449
	H ₁ - Variâncias diferentes			,785	6,205	,461
Desempenho	H ₀ - Variâncias iguais	2,087	,161	,932	24	,361
	H ₁ - Variâncias diferentes			1,375	12,568	,193
Estatuto Profissional	H ₀ - Variâncias iguais	,360	,554	,463	24	,647
	H ₁ - Variâncias diferentes			,393	5,192	,710
Segurança	H ₀ - Variâncias iguais	3,002	,096	,259	24	,798
	H ₁ - Variâncias diferentes			,440	19,363	,665
Relações Interpessoais/ Profissionais	H ₀ - Variâncias iguais	3,272	,083	-,105	24	,917
	H ₁ - Variâncias diferentes			-,082	4,911	,938
Formação ao Longo da Vida (Formação Contínua)	H ₀ - Variâncias iguais	,011	,918	,473	24	,641
	H ₁ - Variâncias diferentes			,454	5,797	,667
Satisfação Profissional	H ₀ - Variâncias iguais	,444	,511	,359	24	,723
	H ₁ - Variâncias diferentes			,307	5,237	,770

Fonte: Questionários

Na tabela 2.11 verifica-se que no Teste de Levene o valor de prova é sempre superior a 5%, não se rejeitando assim a H₀, considerando-se as variâncias iguais para os dois grupos.

O Teste t coloca as seguintes hipóteses, H₀: não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotômica e H₁: existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotômica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5% aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5% rejeita-se a hipótese nula, da média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos. Neste caso o valor de prova é superior a 5% para a escala e todas as suas dimensões, aceitando-se H₀ e rejeitando-se H₁: considera-se então que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors - tabela 38 em anexo):

O pressuposto da normalidade verifica-se para a escala e a maioria das dimensões, mas não se verifica para as dimensões Autonomia e a Relações Interpessoais/Profissionais, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, rejeitando-se a hipótese nula. O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que não sucede. Por esse motivo, deve ser aplicado o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Para realizar o cruzamento entre estas variáveis, recorre-se então ao teste de Mann-Whitney, que permite comparar os valores medianos da escala em cada um dos grupos.

O teste de Mann-Whitney coloca as seguintes hipóteses, H_0 : Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica e H_1 : Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

O valor que importa analisar é a significância do teste, também designada por valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula. O teste paramétrico será assim confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

Tabela 2.12 – Resultados do teste Mann-Whitney para a variável Sexo

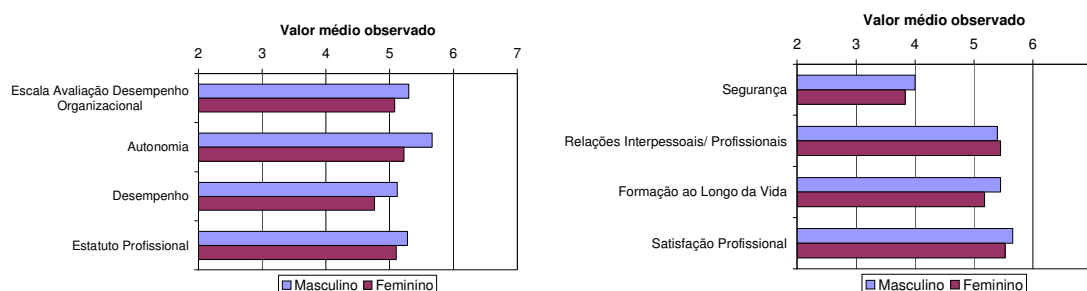
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Valor de prova
Autonomia	40	271	-0,823	0,410
Relações Interpessoais/ Profissionais	52,5	283,5	0,000	1,000

Fonte: Questionários

O valor de prova (tabela 2.12) é sempre superior a 5%, confirmam-se os resultados do teste t.

No gráfico 2.18, ilustram-se as diferenças, não significativas, através dos seus valores médios, podemos verificar que na amostra, os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional, com excepção da dimensão Relações Interpessoais/Profissionais, é sempre superior para o sexo masculino, não sendo no entanto, as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Gráfico 2.18 – Valores médios para a variável Sexo



Fonte: Questionários

Podemos então concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e as suas respectivas dimensões, tendem a ser superiores para o

sexo masculino, com excepção para a dimensão Relações Interpessoais/ Profissionais, mas não de forma significativa.

A variável **6) Há quantos anos exerce a sua profissão?** é qualitativa ordinal. Para realizar o seu cruzamento com as variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA. Como resultados do teste à homogeneidade de variâncias obtivemos:

**Tabela 2.13 – Teste à homogeneidade de variâncias para a variável
*Há quantos anos exerce a sua profissão?***

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Valor de prova
Escala Avaliação Desempenho Organizacional	1,286	2	23	,296
Autonomia	1,683	2	23	,208
Desempenho	1,383	2	23	,271
Estatuto Profissional	,615	2	23	,549
Segurança	,791	2	23	,466
Relações Interpessoais/ Profissionais	1,028	2	23	,374
Formação ao Longo da Vida	,366	2	23	,697
Satisfação Profissional	,549	2	23	,585

Fonte: Questionários

Como podemos observar na tabela 2.13, verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias, ou seja quando o valor de prova é superior a 5%, implica a não rejeição da hipótese nula, as médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais para a escala e todas as dimensões, quando o pressuposto se verifica, a ANOVA é adequada, quando tal não se verifica, os seus resultados terão ainda de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Assim a ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas (tabela 40 em anexo). Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para a escala e todas as dimensões.

O valor de prova é superior a 5% para a escala e todas as dimensões, aceita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias do tempo de exercício de profissão: não se verificam diferenças significativas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors - tabela 41 em anexo):

A normalidade da distribuição das variáveis verifica-se para a escala e a maioria das suas dimensões, mas não se verifica para as dimensões Autonomia, Segurança e Relações Interpessoais/ Profissionais, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico

equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, colocando este como hipóteses, H_0 : a variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas, e como H_1 : a variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas, para o caso de não se verificar um dos pressupostos:

**Tabela 2.14 – Teste de Kruskal-Wallis para a variável
*Há quantos anos exerce a sua profissão?***

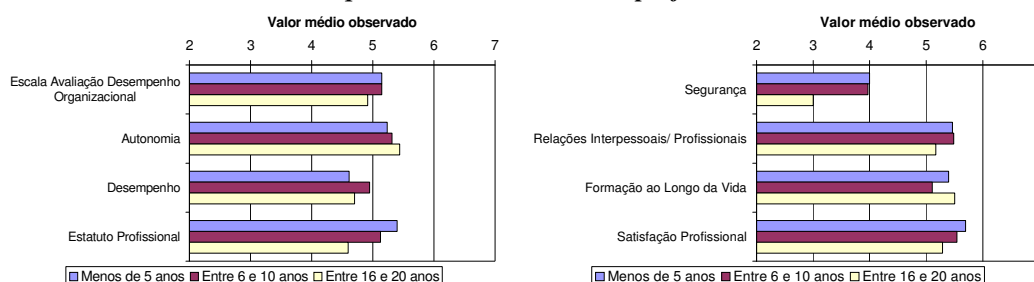
	Qui-quadrado	gl	Valor de prova
Autonomia	0,47	2	0,791
Segurança	1,29	2	0,524
Relações Interpessoais/ Profissionais	0,59	2	0,745

Fonte: Questionários

O valor de prova é superior a 5% para as três dimensões, pelo que os resultados da ANOVA são assim confirmados.

Pelo gráfico 2.19 podemos verificar que, na amostra, os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e das dimensões Estatuto Profissional, Segurança, Relações Interpessoais/ Profissionais e Satisfação Profissional tendem a diminuir com o aumento do tempo de exercício de profissão, os valores médios da dimensão Autonomia tendem a aumentar com o aumento do tempo de exercício de profissão, a dimensão Desempenho apresenta valor médio superior para a categoria de tempo de exercício de profissão intermédia e a dimensão Formação ao Longo da Vida apresenta valor médio inferior para a categoria de tempo de exercício de profissão intermédia, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

**Gráfico 2.19 – Valores médios para a variável
*Há quantos anos exerce a sua profissão?***



Fonte: Questionários

Podemos então concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e dimensões Estatuto Profissional, Segurança, Relações Interpessoais/ Profissionais e Satisfação Profissional tendem a diminuir com o aumento do

tempo de exercício de profissão, a dimensão Autonomia tende a aumentar com o aumento do tempo de exercício de profissão, mas não de forma significativa.

A variável 7) **Há quantos anos trabalha nesta instituição?** é qualitativa ordinal, como na anterior e para realizar o seu cruzamento com as variáveis quantitativas, utiliza-se a ANOVA. Quando o valor de prova é superior a 5%, implica a não rejeição da hipótese nula, as médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais para a escala e todas as dimensões. Como resultados do teste à homogeneidade de variâncias obtivemos:

**Tabela 2.15 – Teste à homogeneidade de variâncias para a variável
*Há quantos anos trabalha nesta instituição?***

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Valor de prova
Escala Avaliação Desempenho Organizacional	1,766	2	23	, 193
Autonomia	1,249	2	23	, 305
Desempenho	2,693	2	23	, 089
Estatuto Profissional	, 206	2	23	, 815
Segurança	, 032	2	23	, 969
Relações Interpessoais/ Profissionais	, 512	2	23	, 606
Formação ao Longo da Vida	1,043	2	23	, 369
Satisfação Profissional	, 758	2	23	, 480

Fonte: Questionários

Como podemos observar na tabela 2.15, verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias, ou seja, quando o valor de prova é superior a 5%, implica a não rejeição da hipótese nula, as médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais para a escala e todas as dimensões. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando tal não se verifica, os seus resultados terão ainda de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Assim a ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas (tabela 43 em anexo). Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para a escala e todas as dimensões.

O valor de prova é superior a 5% para a escala e todas as dimensões, aceita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias do tempo de trabalho na instituição, não se verificando diferenças significativas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors - tabela 44 em anexo):

A normalidade da distribuição das variáveis verifica-se para as dimensões Estatuto Profissional, Relações Interpessoais/ Profissionais, Formação ao Longo da Vida e Satisfação Profissional, mas não se verifica para Escala e as dimensões Autonomia, Desempenho e

Segurança, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula.

O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, colocando este como hipóteses, H_0 : a variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas, e como H_1 : a variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para cada uma das categorias das variáveis qualitativas, para o caso de não se verificar um dos pressupostos:

**Tabela 2.16 – Teste de Kruskal-Wallis para a variável
*Há quantos anos trabalha nesta instituição?***

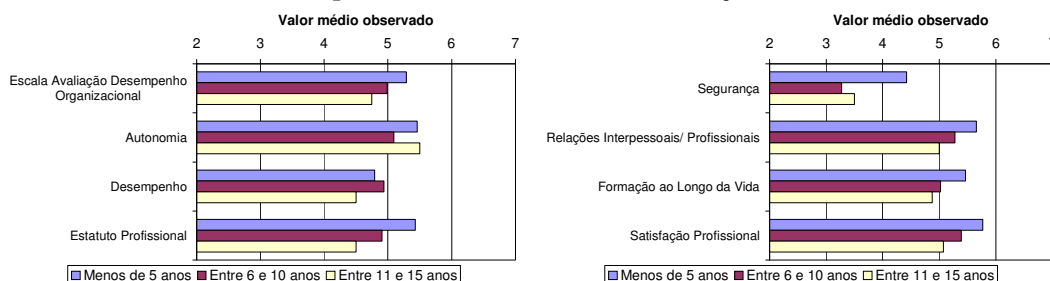
	Qui-quadrado	gl	Valor de prova
Escala Avaliação Desempenho Organizacional	2,79	2	0,248
Autonomia	0,98	2	0,614
Desempenho	1,13	2	0,567
Segurança	3,87	2	0,145

Fonte: Questionários

O valor de prova é superior a 5% para a escala e as três dimensões: os resultados da ANOVA são confirmados.

No gráfico 2.20 podemos verificar que, na amostra, os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e das dimensões Estatuto Profissional, Segurança, Relações Interpessoais/ Profissionais, Formação ao Longo da Vida e Satisfação Profissional tendem a diminuir com o aumento do tempo de trabalho na instituição, a dimensão Autonomia apresenta valor médio inferior para a categoria de tempo de trabalho na instituição intermédia e a dimensão Desempenho apresenta valor médio superior para a categoria de tempo de trabalho na instituição intermédia, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

**Gráfico 2.20 – Valores médios para a variável
*Há quantos anos trabalha nesta instituição?***



Fonte: Questionários

Podemos, assim, concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e dimensões Estatuto Profissional, Segurança, Relações Interpessoais/ Profissionais, Formação ao Longo da Vida e Satisfação Profissional tendem a diminuir com o aumento do tempo de exercício de profissão, mas não de forma significativa.

A variável **8) Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?** é qualitativa nominal, e para realizar o seu cruzamento com as variáveis quantitativas, utiliza-se a ANOVA.

Quando o valor de prova é superior a 5%, implica a não rejeição da hipótese nula, as médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais para a escala e todas as dimensões. Como resultados do teste à homogeneidade de variâncias obtivemos:

Tabela 2.17 – Teste à homogeneidade de variâncias para a variável
Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?

	Estatística de Levene	gl1	gl2	Valor de prova
Escala Avaliação Desempenho Organizacional	,686	2	23	,514
Autonomia	,692	2	23	,511
Desempenho	,139	2	23	,871
Estatuto Profissional	,220	2	23	,804
Segurança	,982	2	23	,390
Relações Interpessoais/ Profissionais	,790	2	23	,466
Formação ao Longo da Vida	,273	2	23	,763
Satisfação Profissional	,839	2	23	,445

Fonte: Questionários

Como podemos observar na tabela 2.17, verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias, ou seja, quando o valor de prova é superior a 5%, isso implica a não rejeição da hipótese nula, e as médias da variável quantitativa nas categorias da variável qualitativa são iguais para a escala e todas as dimensões. Quando se verifica o pressuposto, a ANOVA é adequada, quando tal não se verifica, os seus resultados terão ainda de ser confirmados pelo teste não paramétrico análogo.

Assim, a ANOVA permite verificar as hipóteses anteriormente definidas (tabela 46 em anexo). Verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias (valor de prova superior a 5%, o que implica não rejeitar a hipótese nula) para a escala e todas as dimensões.

O valor de prova é superior a 5% para a escala e todas as dimensões, aceita-se a hipótese da sua média ser igual para todas as categorias do tempo de trabalho na instituição, não se verificam diferenças significativas.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors, tabela 47 em anexo):

A normalidade da distribuição das variáveis verifica-se para a escala e a maioria das dimensões, não se verificando apenas para a dimensão Autonomia, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Kruskal-Wallis, quando não se verifica um dos pressupostos.

Tabela 2.18 – Teste de Kruskal-Wallis para a variável
Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?

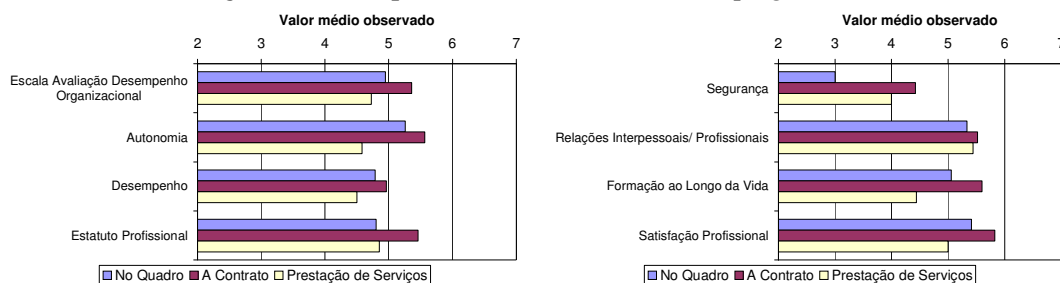
	Qui-quadrado	Gl	Valor de prova
Autonomia	3,60	2	0,165

Fonte: Questionários

O valor de prova é superior a 5% nesta dimensão: os resultados da ANOVA são confirmados.

No gráfico 2.21 podemos verificar que, na amostra, os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e todas as dimensões são superiores para os fisioterapeutas que dispõem de um contrato de trabalho, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Gráfico 2.21 – Valores médios para a variável
Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?



Fonte: Questionários

Podemos assim concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional e todas as dimensões são superiores para os fisioterapeutas que dispõem de um contrato de trabalho, mas não de uma forma significativa.

A variável **9) Exerce a sua actividade apenas no sector privado?** é nominal dicotómica, pelo que para que seja possível realizar o cruzamento entre a escala e respectivas dimensões e esta variável podemos utilizar o teste paramétrico *t de Student*, de forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios, observadas para ambos os grupos da

variável nominal dicotómica, este é antecedido pelo teste de Levene, que é um teste de hipóteses à igualdade das variâncias que produz os seguintes resultados (resumidos):

Tabela 2.19 – Resultados dos testes Levene e t para a variável
Exerce a sua actividade apenas no sector privado?

		Teste de Levene		T	Teste t	
		F	P		gl	Valor de prova
Escala Avaliação Desempenho Organizacional	H ₀ Variâncias iguais	,002	,961	-,410	24	,685
	H ₁ Variâncias diferentes			-,405	15,845	,691
Autonomia	H ₀ Variâncias iguais	,075	,787	-,628	24	,536
	H ₁ Variâncias diferentes			-,613	15,314	,549
Desempenho	H ₀ Variâncias iguais	,016	,899	-,409	24	,686
	H ₁ Variâncias diferentes			-,370	12,585	,718
Estatuto Profissional	H ₀ Variâncias iguais	,072	,791	-,791	24	,437
	H ₁ Variâncias diferentes			-,786	16,096	,443
Segurança	H ₀ Variâncias iguais	,000	,990	,548	24	,589
	H ₁ Variâncias diferentes			,564	17,780	,580
Relações Interpessoais/ Profissionais	H ₀ Variâncias iguais	,017	,898	,008	24	,994
	H ₁ Variâncias diferentes			,008	16,878	,994
Formação ao Longo da Vida (Formação Continua)	H ₀ Variâncias iguais	2,420	,133	-,027	24	,978
	H ₁ Variâncias diferentes			-,029	20,081	,977
Satisfação Profissional	H ₀ Variâncias iguais	,340	,565	-,650	24	,522
	H ₁ Variâncias diferentes			-,677	18,415	,507

Fonte: Questionários

Na tabela 2.19 verifica-se que no Teste de Levene, o valor de prova é sempre superior a 5%, não se rejeitando assim a H₀ e consideram-se as variâncias iguais para os dois grupos.

O Teste t coloca as seguintes hipóteses, H₀: não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica e H₁: existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos. Neste caso o valor de prova é superior a 5% para a escala e todas as suas dimensões, aceita-se H₀ e rejeita-se H₁: considera-se que não existem diferenças significativas estatisticamente entre os dois grupos.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors - tabela 49 em anexo):

O pressuposto da normalidade verifica-se para a escala e a maioria das dimensões, mas não se verifica para a dimensão Autonomia, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

Tabela 2.20 – Resultados do teste Mann-Whitney para a variável *Exerce a sua actividade apenas no sector privado?*

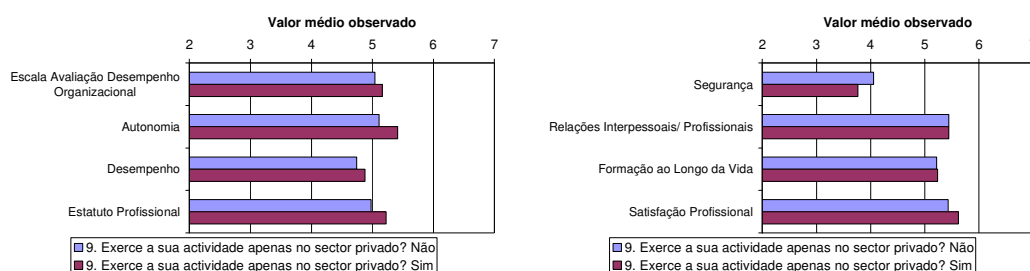
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Valor de prova
Autonomia	62,5	107,5	-0,764	0,445

Fonte: Questionários

O valor de prova (tabela 2.20) é sempre superior a 5%, confirmando-se os resultados do teste t.

No gráfico 2.22, ilustram-se as diferenças, não significativas, através dos seus valores médios, podemos verificar que na amostra, os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e da maioria das dimensões, excepto a Segurança é sempre superior para os que exercem a actividade apenas no privado, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Gráfico 2.22 – Valores médios para a variável *Exerce a sua actividade apenas no sector privado?*



Fonte: Questionários

Podemos então concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e respectivas dimensões, tendem a ser superiores para os que exercem a actividade apenas no privado, com excepção para as dimensões Segurança e Relações Interpessoais/ Profissionais, mas não de forma significativa.

A variável **10) Actualmente para além desta instituição trabalha noutro (s) local (ais)?** é nominal dicotómica e para que seja possível realizar o cruzamento entre a escala e respectivas dimensões e esta variável podemos utilizar o teste paramétrico *t de Student*, de forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios, observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica, este é antecedido pelo teste de Levene, que é um teste de hipóteses à igualdade das variâncias que produz os seguintes resultados (resumidos):

**Tabela 2.21 – Resultados dos testes Levene e t para a variável
Actualmente para além desta Instituição trabalha noutra (s) local (ais)?**

		Teste de Levene			Teste t	
		F	P	T	gl	Valor de prova
Escala Avaliação Desempenho Organizacional	H ₀ Variâncias iguais	,016	,901	,647	24	,524
	H ₁ Variâncias diferentes			,633	15,449	,536
Autonomia	H ₀ Variâncias iguais	,615	,441	,625	24	,538
	H ₁ Variâncias diferentes			,583	13,616	,569
Desempenho	H ₀ Variâncias iguais	,069	,795	-,169	24	,867
	H ₁ Variâncias diferentes			-,181	19,705	,858
Estatuto Profissional	H ₀ Variâncias iguais	,568	,459	1,134	24	,268
	H ₁ Variâncias diferentes			1,068	13,921	,304
Segurança	H ₀ Variâncias iguais	,010	,922	1,988	24	,058
	H ₁ Variâncias diferentes			1,987	16,387	,064
Relações Interpessoais/ Profissionais	H ₀ Variâncias iguais	,030	,864	-,008	24	,994
	H ₁ Variâncias diferentes			-,008	17,243	,994
Formação ao Longo da Vida (Formação Continua)	H ₀ Variâncias iguais	,141	,710	,933	24	,360
	H ₁ Variâncias diferentes			,905	15,093	,380
Satisfação Profissional	H ₀ Variâncias iguais	,058	,812	,481	24	,635
	H ₁ Variâncias diferentes			,456	14,186	,655

Fonte: Questionários

Na tabela 2.21 verificamos que, para o Teste de Levene, o valor de prova é sempre superior a 5%, não se rejeitando assim a H₀ e considerando-se as variâncias iguais para os dois grupos.

O Teste t coloca as seguintes hipóteses, H₀: não existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica e H₁: existe diferença entre a média das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, de a média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos. Neste caso o valor de prova é superior a 5% para a escala e todas as suas dimensões, aceita-se H₀ e rejeita-se H₁: considera-se que não existem diferenças significativas estatisticamente entre os dois grupos.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que pode ser realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors - tabela 51 em anexo):

O pressuposto da normalidade verifica-se para a escala e a maioria das dimensões, mas não se verifica para a dimensão Autonomia, pois pelo menos um valor de prova é inferior a 5%, pelo que se rejeita a hipótese nula. O teste paramétrico será confirmado pelo teste não paramétrico equivalente, o teste de Mann-Whitney:

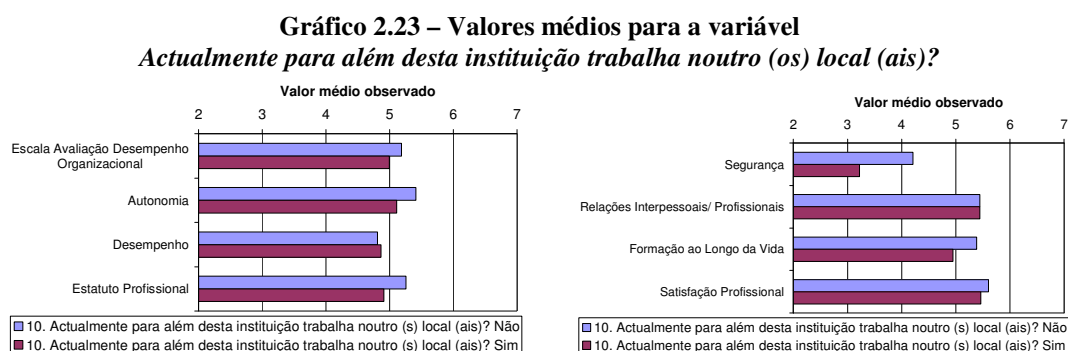
**Tabela 2.22 – Resultados do teste Mann-Whitney para a variável
Actualmente para além desta Instituição trabalha noutra (s) local (ais)?**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Valor de prova
Autonomia	70	115	-0,355	0,723

Fonte: Questionários

O valor de prova (tabela 2.22) é sempre superior a 5%, confirmam-se os resultados do teste t.

No gráfico 2.23, ilustram-se as diferenças, não significativas, através dos seus valores médios, podemos verificar que na amostra, os valores médios da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e das dimensões Autonomia, Estatuto Profissional, Segurança, Formação ao Longo da Vida e Satisfação Profissional é superior para os que não trabalham em mais locais, a média da dimensão Desempenho é superior para os não trabalham em mais locais, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.



Podemos assim concluir que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional/Profissional e respectivas dimensões, tendem a ser superiores para os que não trabalham em mais locais, excepto para o Desempenho e as Relações Interpessoais/Profissionais, mas não de forma significativa.

As variáveis “2. Habilitações Literárias” e “3. Qual a instituição de Ensino em que realizou o curso de Fisioterapia?” não foram analisadas, pois apresentam categorias com muito poucas observações, que não permitem a aplicação de testes estatísticos.

Capítulo 3

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com este estudo pretendia demonstrar-se que a utilização de instrumentos de apoio à gestão estratégica permite uma melhor avaliação do desempenho, nomeadamente da eficiência e da eficácia com que as actividades são desenvolvidas, de forma a tornar as organizações mais competitivas. A evolução ao nível das competências, dos saberes, e do desenvolvimento profissional, leva os fisioterapeutas a assumirem novas responsabilidades, reflectindo-se estas, numa maior eficiência e eficácia na sua prática organizacional.

Este capítulo do trabalho propõe-se discutir de forma objectiva os resultados obtidos na investigação, procurando articular os dados mais relevantes com os aspectos desenvolvidos no enquadramento teórico.

A população objecto de estudo foi constituída pelos 29 fisioterapeutas que trabalham nas três unidades privadas de fisioterapia seleccionadas. Todos responderam ao questionário, sendo 3 deles (10%) excluídos pelo facto de não terem pelo menos o grau de licenciatura. Foram, assim, considerados válidos 26 questionários (90%).

A amostra foi então constituída por 26 fisioterapeutas (N=26) distribuídos pelas três UPF, sendo 14 da U1 (53%), 9 da U2 (35%) e 3 da U3 (12%).

Podemos caracterizar o perfil da amostra com profissionais (fisioterapeutas) que terminaram a sua formação de base, com maior incidência, nos anos de 2001 a 2005, e essencialmente a partir do ano de 2004, tendo como habilitações literárias o grau de licenciado (24 Ft, 92%) ou de mestre (2Ft, 8%). Como instituição principal de formação surge a ESSA, com 12 Ft (46%), seguida da ESTeSL com 5 Ft (19%). A média de idades é de cerca de 29 anos, com um mínimo de 23 anos e um máximo de 43 anos, estando a maior incidência no intervalo compreendido entre os 26 anos e os 30 anos.

Trata-se de uma amostra maioritariamente feminina (21 Ft, 81%) e que exerce a sua profissão na maior parte dos casos (16 Ft, 61%) entre os 6 e os 10 anos. Cerca de metade dos fisioterapeutas (13) possuem um contrato de trabalho com a entidade empregadora. Quase dois terços (65%) exercem a sua actividade apenas no sector privado e na instituição que participou neste estudo. Cerca de um terço (35%) trabalha noutros locais, essencialmente efectuando domicílios como complemento à sua actividade na instituição.

A escala aplicada foi ordinal do tipo Likert com sete categorias, o que permitiu que cada indivíduo tivesse sete alternativas de resposta (de “1” a “7”) entre “discordo totalmente” até “concordo totalmente”, sendo constituída por 35 itens, organizados em 7 dimensões: (1) Autonomia; (2) Desempenho; (3) Estatuto Profissional; (4) Segurança; (5) Relações Interpessoais/Profissionais; (6) Formação ao Longo da Vida (Formação Continua) e (7) Satisfação Profissional.

Foi verificado que o número de respostas dadas pelos fisioterapeutas, para cada item da escala de Avaliação do Desempenho Organizacional aplicada, foram na sua maioria superiores ao ponto 5 “concordo em parte” da escala, e estão entre 4 “indiferente” e 5 “concordo em parte” para os itens 2, 6, 8, 10, 14, 24, 27 e 34, este com um valor menor, sendo ainda inferiores ao ponto médio da escala para os itens 5, 33 e 35.

Foi igualmente analisada a fiabilidade da escala utilizada, estimando-se a sua consistência interna com o recurso ao cálculo do Alfa de Cronbach. Para os 35 itens o valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais, ou seja as 35 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão, a Avaliação do Desempenho Organizacional.

Testes adicionais permitiram verificar a não existência de itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuíssem para que o valor do Alfa fosse significativamente mais elevado. Foi igualmente feita a avaliação do Alfa de Cronbach para cada dimensão, tendo sido obtidos os seguintes valores: Autonomia 0,868; Desempenho 0,778; Estatuto Profissional 0,627; Segurança 0,529; Relações Interpessoais/Profissionais 0,893; Formação Contínua 0,857 e Satisfação Profissional 0,670. Tendo-se verificado que os valores do Alfa de Cronbach eram maioritariamente elevados, concluiu-se que a Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional era adequada, bem como as suas dimensões Autonomia, Desempenho, Relações Interpessoais/ Profissionais e Formação ao Longo da Vida (Formação Contínua). As dimensões Estatuto Profissional, Segurança e Satisfação Profissional não são aferidas de forma adequada nesta amostra, pois apresentam uma correlação mais fraca (pelo que poderia ser ponderada a reformulação de alguns itens que as constituem em aplicações posteriores da escala). Importa notar, no entanto, que a amostra apresenta uma dimensão reduzida sendo, por tal facto, as conclusões bastante limitadas.

A Escala apresenta ainda um valor médio superior ao ponto intermédio da escala de medida, e as dimensões com valor médio superior são as estratégias de *coping* mais utilizadas, em média, são a Satisfação Profissional e Relações Interpessoais/ Profissionais, seguidas de Autonomia, Formação ao Longo da Vida (Formação Contínua) e Estatuto Profissional, seguindo-se o Desempenho, com um valor médio inferior e a dimensão Segurança que apresenta um valor médio claramente mais baixo que todas as outras dimensões, inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

Todas as dimensões da Escala de Avaliação do Desempenho Organizacional são consideradas igualmente relevantes para o desempenho organizacional, com excepção da Segurança que, por comparação, apresenta então um valor inferior ao de todas as outras dimensões.

Para identificar as relações entre as variáveis de caracterização da amostra e a escala de avaliação de desempenho e das suas dimensões, foram utilizados diversos testes estatísticos, aplicados consoante o tipo de variáveis em questão de entre eles, destacamos o teste t de *Student* antecedido pelo teste de Levene para realizar o cruzamento entre as variáveis quantitativas e a variável qualitativa nominal dicotómica. Para aplicar um teste estatístico paramétrico é ainda necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors) que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar alguns dos testes estatísticos, nomeadamente os paramétricos, é necessário verificar este pressuposto.

O teste t, sendo um teste paramétrico, exige que se cumpra o pressuposto da normalidade, o que não sucede. Por esse motivo, deve ser aplicado o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico equivalente, que testa a igualdade das medianas em ambos os grupos.

Para realizar o cruzamento entre uma variável qualitativa nominal ou ordinal e variáveis quantitativas (estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa), o teste de hipóteses adequado é a ANOVA – que não é mais do que uma extensão do teste t de Student, para variáveis com mais do que duas classes, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão, não sendo este o caso. A questão central reside em saber se a população tem, ou não, médias iguais, ou seja, se a variável quantitativa apresenta os mesmos valores médios para as várias categorias da variável qualitativa.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico é também necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S. Quando não se verifica o pressuposto da homogeneidade de variâncias ou o pressuposto da normalidade, em vez da ANOVA tem de se aplicar o teste não paramétrico, teste de Kruskal-Wallis, que testa a igualdade das medianas para todos os grupos.

Passamos agora a referir os dados obtidos objectivamente para cada dimensão considerada.

(1) Autonomia

A dimensão Autonomia refere-se essencialmente ao grau em que o cargo permite liberdade e independência para o indivíduo programar o seu trabalho e determinar os procedimentos na sua execução. Uma prática profissional autónoma passa por um aumento das competências para a prática, bem como um assumir de responsabilidades por parte do

profissional, implicando estas, atitudes responsáveis e competentes, reconhecendo ao profissional, os seus limites e competências.

A amostra dos valores médios para esta dimensão demonstram que a Autonomia tende a diminuir com o aumento da idade, sendo superior para os fisioterapeutas do sexo masculino. Aumenta tendencialmente com o número de anos de exercício profissional, apresentando um valor médio inferior para a categoria de tempo de trabalho na instituição na faixa intermédia, ou seja na classe dos profissionais entre os 6 e os 10 anos de trabalho na organização. Já em relação ao vínculo com a entidade empregadora podemos verificar que é superior para os fisioterapeutas que detêm um contrato de trabalho, bem como para os que trabalham apenas no sector privado e na instituição na qual se efectua o estudo.

(2) Desempenho

O Desempenho é definido como o conjunto de características ou capacidades de comportamento e de rendimento de um indivíduo, quando comparados com as metas e expectativas traçadas.

Pelos dados analisados da amostra podemos perceber que os valores médios do Desempenho tendem a diminuir com o aumento da idade, sendo superiores para a classe de idades compreendida entre os 23 e os 25 anos, e para os fisioterapeutas do sexo masculino. Tendencialmente diminui com o aumento de anos de exercício profissional, apresentando um valor médio superior para os fisioterapeutas que exercem a sua profissão na organização entre os 6 e os 10 anos de tempo de trabalho. Os valores médios são igualmente superiores para os profissionais que têm um contrato de trabalho como vínculo à instituição, e para os que exercem as suas funções apenas no sector privado, bem como para aqueles que têm como único local de trabalho a UPF estudada.

(3) Estatuto Profissional

A noção de Estatuto associa-se frequentemente a características individuais, definindo funções e exprimindo-se de forma convergente nas circunstâncias em que nos encontramos perante os outros, comporta ainda um conteúdo e determina com precisão o comportamento de cada um na vida social.

Através da análise estatística dos valores médios obtidos para esta dimensão concluímos que os fisioterapeutas de idades compreendidas entre os 23 e os 25 anos têm valores médios mais elevados, assim como os do sexo masculino. Tendencialmente diminui com o aumento do tempo de exercício profissional, e do tempo de trabalho na organização. Os valores são ainda

superiores para os profissionais que têm como vínculo com a entidade empregadora o contrato de trabalho, bem como os profissionais que desempenham as suas funções apenas no sector privado e unicamente na UPF em análise.

(4) Segurança

Segundo Maslow as necessidades humanas organizam-se segundo uma pirâmide de hierarquias, situando-se na sua base as chamadas necessidades primárias e num segundo nível as necessidades de segurança. Estas podem ser traduzidas na procura de protecção contra ameaças ou privações, e ainda numa fuga ao perigo. Traduzem-se em condições de segurança de trabalho, remuneração, benefícios e ainda estabilidade do emprego.

Através da análise estatística dos valores médios obtidos para esta dimensão concluímos que a Segurança tende a diminuir com a idade, sendo superior para os fisioterapeutas do sexo masculino. Diminuindo tendencialmente com os anos de profissão e com o aumento dos anos de trabalho na organização, sendo inferior para os profissionais que exercem as suas funções apenas no sector privado, e superior para os que a exercem apenas numa instituição.

(5) Relações Interpessoais/Profissionais

O estudo dos pequenos grupos contribui para a análise da interacção social. Neles há uma estrutura, uma sequência de actividades variadas e influência de uns membros sobre outros.

Na amostra os valores médios demonstram que as Relações Interpessoais/Profissionais diminuem com o aumento da idade, sendo superiores para os fisioterapeutas do sexo feminino, tendendo a diminuir com o aumento de anos de exercício profissional e com o aumento do tempo de trabalho na organização. Aumentam ainda para os profissionais que detêm com a instituição o vínculo de contrato de trabalho e para os profissionais que desempenham as suas funções apenas no sector privado, sendo inferiores para os profissionais que exercem a sua actividade em mais de um local de trabalho.

(6) Formação Continua

A formação desempenha um papel muito importante na socialização e desenvolvimento dos profissionais, tendo uma função determinante no processo de construção da identidade profissional e um papel de estruturação do próprio “eu” e da representação do “eu” em relação ao grupo. Actualmente valoriza-se muito o desejo e necessidade de aprender, devido ao facto da sociedade ser cada vez mais competitiva e as mudanças a todos os níveis serem profundas,

abrangentes, rápidas e irreversíveis. Quem faz formação contínua deverá tornar-se profissionalmente mais qualificado, organizacionalmente mais envolvido, criativamente mais produtivo e humanamente mais autónomo.

Através da análise estatística dos valores médios obtidos para esta dimensão concluímos que, os profissionais na faixa etária entre os 23 e os 25 anos fazem mais Formação Contínua, assim como o fazem os fisioterapeutas do sexo masculino. Já em relação ao tempo de exercício profissional verifica-se que a Formação Contínua é inferior para os fisioterapeutas da faixa de idades compreendida entre os 6 e 10 anos de exercício profissional, tendendo a diminuir com o aumento do tempo de trabalho na instituição. Em relação ao vínculo, os que detêm um contrato de trabalho têm valores médios superiores de formação, bem como os que exercem a sua actividade apenas no sector privado e os que trabalham apenas num local.

(7) Satisfação Profissional

A Satisfação Profissional pode ser definida como o resultado da avaliação periódica que cada um de nós faz relativamente ao grau de realização das suas necessidades e expectativas profissionais. Em saúde pode considerar-se como um factor de interferência positiva no atendimento dos utentes e nas relações interpessoais e profissionais da equipa de saúde.

Através da análise estatística dos valores médios obtidos para esta dimensão concluímos que os fisioterapeutas da classe etária compreendida entre os 23 e os 25 anos e profissionais do sexo masculino estão mais satisfeitos. Essa Satisfação tende a diminuir com o tempo de exercício profissional e com o tempo de trabalho na organização, estando mais satisfeitos os profissionais com contrato de trabalho e os que exercem a sua actividade apenas no sector privado, bem como os que a exercem a sua actividade em apenas um local de trabalho.

As **Entrevistas** foram sujeitas a uma análise de conteúdo, partindo de um procedimento fechado, *a priori*, ou seja, foi com base na revisão da literatura efectuada e nos objectivos de investigação que as categorias de análise foram definidas.

Pela análise de conteúdo podemos perceber que apenas o primeiro entrevistado (E1) refere a existência de um Plano Estratégico e Operacional da organização, tendo este sido elaborado pelo próprio com o apoio de outro gestor da organização. O segundo entrevistado (E2) refere que apesar de não existir um documento escrito/formal, todos os profissionais da Unidade de Saúde estão conscientes do que têm que fazer e dos objectivos que têm de atingir. Referindo E3 que apenas tem um objectivo que é partilhado por todos os profissionais e que se prende com o atendimento adequado a todos os doentes que procuram a Unidade de Saúde.

Nenhum dos gestores/coordenadores, tem na realidade conhecimento de instrumentos de apoio à gestão estratégica e não os aplicam nas unidades em questão. E1 apenas referiu aplicar um Software (PHC) que faz a gestão de toda a parte financeira da instituição, apesar de não saber defini-lo.

Já em relação à avaliação de desempenho, nenhum dos entrevistados respondeu à questão colocada no sentido de saber se avaliavam regularmente o desempenho dos profissionais que coordenam, o que nos levou a concluir a não aplicação formal de nenhum instrumento de avaliação de desempenho. Quanto a reuniões de trabalho pré-definidas, somente E1 disse que são feitas reuniões semanais, e todos os outros inquiridos disseram que acompanham diariamente as actividades desenvolvidas pelos seus colaboradores.

Quando questionados sobre a avaliação da satisfação dos profissionais que coordenam, E1 refere a importância da definição de objectivos de desempenho, já E1 e E2 apontam para importância da formação, realçando E3 o que está de certa forma relacionado com o processo de motivação intrínseca, ou seja, a satisfação obtida pelos profissionais no cumprimento adequado do seu trabalho, e faz ainda alusão à questão monetária (mas não especifica). A gerência e promoção das relações interpessoais e interprofissionais, com o objectivo do aumento da eficácia do desempenho dos profissionais/organização, têm a atenção dos gestores/coordenadores que procuram manter um bom ambiente de trabalho entre os colegas e entre estes e a gestão/coordenação, chamando ainda a atenção para as diferenças individuais e, consequentemente, para a impossibilidade de uniformização na forma de relacionamento. E1 refere a existência de reuniões semanais na sua Unidade e ainda a realização de um encontro mensal, entre fisioterapeutas, com o objectivo de debater problemas e de estudo de casos com vista, não só a uma melhoria das relações de trabalho, como ainda dos serviços prestados.

Por fim, verificámos não existir uma estratégia definida nas unidades analisadas, verificando a concordância com a primeira questão onde apenas E1 referiu a existência de um Plano Estratégico e Operacional comum a toda a organização.

Os inquiridos reconhecem a existência de ameaças e de oportunidades, bem como de pontos fortes e fracos nas suas unidades, referindo E1 a importância de uma avaliação contínua para colmatar as lacunas identificadas, e todos de uma forma geral, salientam a necessidade de prestar um óptimo/eficaz atendimento ao utente/cliente como forma de se implementarem/posicionarem no contexto/envolvente.

Capítulo 4
CONCLUSÕES E SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO

A qualidade na prestação dos cuidados de saúde em fisioterapia depende, cada vez mais, da capacidade de conjugação de um vasto leque de abordagens multidisciplinares e da sua operacionalização.

Druker (1999), a este propósito, refere que é importante o investimento do próprio profissional nos seus pontos mais fortes, pois a sua contribuição é efectuada, não só ao nível dos seus pares mas, igualmente, no contexto organizacional.

Como os demais profissionais de saúde, também os fisioterapeutas pretendem atingir o patamar da eficiência e eficácia na prestação dos cuidados de saúde, através das boas práticas e práticas de qualidade. O que implica uma avaliação dos desempenhos e também uma aposta na progressão das carreiras, centrada essencialmente no aumento constante dos seus saberes e competências (formação ao longo da vida), tanto por troca de conhecimentos com os seus pares, como ainda por troca de experiências efectuadas ao nível inter-profissional, com as diferentes profissões e níveis hierárquicos com que interagem dentro das organizações.

As Unidades Privadas de Fisioterapia (UPF), funcionam como empresas privadas, cujo objectivo primordial é a obtenção de lucro financeiro, através da prestação de serviços de qualidade, baseando-se, principalmente, na contribuição – retribuição, devendo ser completamente autónomas e auto-suficientes em relação ao sector público, o que actualmente, e devido à prestação por parte de diversas organizações privadas, de serviços convencionados ao próprio sector público, ainda não se verifica.

O presente estudo propôs-se investigar os principais instrumentos de apoio à gestão que existem e estão ao dispor dos gestores, bem como identificar as variáveis que devem ser tidas em conta para seleccionar esses mesmos instrumentos. Foi estruturado fundamentalmente em duas partes: um enquadramento conceptual e uma vertente empírica, com apresentação da metodologia utilizada. O enquadramento conceptual constitui a primeira parte do estudo e serviu como fundamentação teórica para a realização do trabalho empírico. Neste são apresentados os vários procedimentos e métodos aplicados nas diferentes etapas do trabalho, de forma a que este apresente a validade científica esperada. A explicação da metodologia utilizada detalha todos os ensaios efectuados nas três unidades privadas de fisioterapia onde o estudo foi aplicado. O desenvolvimento metodológico foi inspirado na técnica de *focus group*, designada em português por “grupos de discussão”. Esta técnica apresenta diversas vantagens, destacando-se, de entre elas, as seguintes: (a) baixos custos; (b) rapidez na recolha dos dados, (c) flexibilidade do formato; (d) possibilidade de conciliação com outras modalidades de investigação. A sua utilização torna-se apropriada quando o objectivo é explicar como os participantes percebem uma experiência, uma ideia ou um acontecimento, pois a discussão

durante as reuniões é de uma enorme riqueza de informações, sobre o que os participantes pensam, sentem ou da forma como agem.

Este trabalho assentou em diferentes pressupostos. O primeiro é que, sendo vários os instrumentos de apoio à decisão estratégica, existem alguns instrumentos que quando correctamente utilizados na gestão das unidades privadas de fisioterapia, podem em diferentes graus, gerar níveis acrescidos de desempenho organizacional e/ou individual. Como segundo pressuposto temos que a utilização desses mesmos instrumentos pode condicionar a qualidade, o desempenho e a satisfação dos mesmos profissionais. O terceiro baseia-se na perspectiva de que a não utilização de instrumentos de apoio à gestão estratégica não aumenta o desempenho organizacional dos fisioterapeutas que exercem a sua actividade nas unidades privadas de fisioterapia. Como quarto e último pressuposto, temos que muitas são as unidades privadas de fisioterapia que apesar de terem conhecimento de instrumentos de apoio à gestão estratégica não os implementam, por falta de vontade ou de capacidade para o fazer.

A investigação caminhou no sentido de demonstrar a pertinência e a viabilidade da implementação de um sistema de avaliação de desempenho, como instrumento de gestão estratégica, em unidades privadas de fisioterapia. Este propósito, por si só, constitui um importante factor crítico de sucesso para a efectivação de uma estratégia organizacional vocacionada para o aumento constante da produtividade, fundamentada na qualidade do desempenho profissional, dos profissionais em geral e, neste estudo, particularmente, dos fisioterapeutas.

O estudo foi aplicado em três unidades privadas de fisioterapia localizadas na área da Grande Lisboa. Cada uma seleccionada por conveniência da investigadora, devido ao número de fisioterapeutas por unidade, que após pesquisa e convite prévio se disponibilizaram a participar. Cada unidade funcionou como um grupo de discussão, formado por gestores/coordenadores e fisioterapeutas. O estudo contribuiu ainda, para um aumento do conhecimento das características da população, permitindo um conhecimento profundo e adequado das suas realidades.

Nesta investigação a amostra é composta pelos 29 fisioterapeutas que desempenham funções nas unidades privadas de fisioterapia seleccionadas.

Foram colocadas diferentes questões (perguntas operacionais de investigação), que permitiram evidenciar a problemática central do trabalho:

Questão 1 – Que instrumentos de apoio à gestão existem?

Questão 2 – São utilizados instrumentos de apoio à gestão em unidades privadas de fisioterapia?

Questão 3 – Quais os instrumentos que, com as necessárias adaptações, poderão vir a ser implementados em unidades privadas de fisioterapia com o objectivo de poderem acrescentar valor às organizações e aos profissionais que nelas trabalham?

Questão 4 – Poderá a utilização, nas unidades privadas de fisioterapia, de um instrumento de apoio à gestão melhorar os níveis de eficiência e eficácia dos fisioterapeutas?

Foram definidos para o trabalho dois tipos de objectivos, um geral e três específicos.

Como objectivo geral, o presente estudo propôs-se conhecer as necessidades de aplicação de ferramentas de apoio à decisão, colocadas à disposição dos gestores pela gestão científica, em todos os tipos de organizações e, neste caso, especificamente, em unidades privadas de fisioterapia. Essas ferramentas, uma vez aplicadas, deverão induzir níveis acrescidos de desempenho organizacional/individual.

Em concreto, os objectivos específicos deste trabalho, consubstanciando preocupações relacionadas com a reprodução de conhecimento especializado em gestão, com a sua aplicação específica no terreno e com a subjacente criação de valor para as instituições e para as pessoas que nelas desempenham funções, são os seguintes:

- (i) Caracterizar os principais Instrumentos de Apoio à Decisão em Gestão, de natureza estratégica, que existem e estão à disposição dos gestores;
- (ii) Identificar que variáveis devem ser tidas em conta para seleccionar os instrumentos de decisão a utilizar;
- (iii) Analisar a capacidade desses instrumentos para induzir níveis acrescidos de eficiência e de eficácia nas unidades privadas de fisioterapia, tanto ao nível organizacional, como individual, contribuindo para melhorar as boas práticas em fisioterapia.

O primeiro e segundo objectivos específicos foram cumpridos, através de pesquisa efectuada quando da revisão bibliográfica feita para a elaboração do quadro conceptual da investigação. O terceiro objectivo foi conseguido através da vertente empírica da investigação.

Nesta, foram utilizados dois tipos de instrumentos de recolha de dados. Numa primeira fase foram efectuadas entrevistas semi-estruturadas com o objectivo de averiguar se a instituição possuía um plano estratégico/operacional e até que ponto ele era do conhecimento geral de toda a estrutura organizacional. A entrevista versava ainda sobre a missão, a visão e os objectivos da organização, bem como sobre o nível de envolvimento dos seus colaboradores. Procurava ainda perceber o tipo de gestão praticada nas diferentes unidades de fisioterapia em estudo e averiguar sobre a utilização de algum tipo de instrumentos de apoio à gestão.

A entrevista visava ainda saber se é feita avaliação de desempenho aos seus profissionais e de que forma é realizada. Procurava avaliar igualmente a predisposição do coordenador para ajudar na resolução e acompanhamento de problemas gerais e específicos da prática diária e a forma como o mesmo percepciona o desempenho e a satisfação dos profissionais que coordena, com vista a majorar a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados.

Foram gravados todos os registos que, posteriormente, foram integralmente transcritos de forma rigorosa, e devidamente codificados para que fosse possível através de análise de conteúdo, a extracção de todos os dados relevantes da discussão.

Numa segunda fase foram implementados questionários aos fisioterapeutas que desempenham funções nas unidades seleccionadas. O questionário pretendia avaliar o nível de desempenho, bem como a satisfação obtida por estes profissionais na sua prática diária nas unidades privadas de fisioterapia e, ainda, como podem estes sentir-se condicionados pela gestão praticada nessas mesmas unidades.

A aplicação dos questionários foi precedida da realização de um pré-teste que foi aplicado a uma amostra de conveniência de três fisioterapeutas, de forma a poderem ser corrigidas possíveis imprecisões. Os resultados do pré-teste revelaram-se positivos, não tendo sido assinaladas imprecisões.

Distribuíram-se os questionários, em envelope fechado, aos fisioterapeutas de modo a garantir a total isenção e confidencialidade, sendo anónimos e preenchidos sem a presença do gestor/coordenador.

Os dados foram introduzidos e tratados através de estatística descritiva, (médias, percentagens e frequências) e estatística inferencial, para testar a existência de relações significativas entre as variáveis utilizadas, recorrendo-se para o efeito ao *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows.

Como síntese final podemos referir que, de uma forma geral, as unidades privadas de fisioterapia funcionam de forma semelhante:

- Não possuem planeamento estratégico e/ou operacional; não têm definida a missão, a visão ou os objectivos a curto, médio e longo prazo;
- A referência principal centra-se no número de doentes tratados e respectivos valores de facturação, sendo a componente financeira nitidamente destacada em detrimento da componente humana;

- Nenhuma das UPF faz avaliação de desempenho, nem tem conhecimento de instrumentos de gestão (referindo um dos gestores apenas um software informático como instrumento de gestão);
- Todas valorizam o bom ambiente de trabalho e a relação de proximidade com os fisioterapeutas, não tendo, no entanto, definido de forma rigorosa as estratégias motivacionais utilizadas;
- Não conseguem identificar ameaças e oportunidades, bem como pontos fortes e fracos, nas suas unidades.

Por fim, importa referir que verificámos não existir uma estratégia formalizada nas unidades analisadas. No entanto, todas referem a necessidade de prestar um óptimo/eficaz atendimento ao utente/cliente como forma de se implementarem/posicionarem no mercado.

De salientar que a análise dos dados dos questionários revela-nos profissionais jovens e maioritariamente do sexo feminino, que trabalham há poucos anos na instituição, apenas no sector privado e, maioritariamente, em apenas um local de trabalho, tendo geralmente contrato de trabalho com a instituição.

Depois de tudo o que foi exposto, é minha convicção ter conseguido dar resposta às questões de investigação inicialmente colocadas e que consubstanciam a problemática central do trabalho:

Questão 1 – Que instrumentos de apoio à gestão existem?

Foi conseguido através da revisão bibliográfica definir de forma sucinta quais os instrumentos de apoio à gestão que estão à disposição dos gestores.

Questão 2 – São utilizados instrumentos de apoio à gestão em unidades privadas de fisioterapia?

Pelo que pudemos avaliar, através das entrevistas efectuadas aos gestores/coordenadores, a maioria das unidades não utiliza, nem conhece, qualquer tipo de instrumento de gestão, utilizáveis em unidades de fisioterapia.

Questão 3 – Quais os instrumentos que, com as necessárias adaptações, poderão vir a ser implementados em unidades privadas de fisioterapia, com o objectivo de poderem acrescentar valor às organizações e aos profissionais que nelas trabalham?

Esta questão foi respondida no enquadramento teórico, quando da revisão bibliográfica, tendo sido identificados vários tipos de instrumentos que, adaptados, são possíveis de aplicar com êxito nas unidades de fisioterapia.

Questão 4 – Poderá a utilização, nas unidades privadas de fisioterapia, de um instrumento de apoio à gestão melhorar os níveis de eficiência e eficácia dos fisioterapeutas?

Esta questão não foi respondida, essencialmente, devido à ausência de utilização de instrumentos de apoio à gestão nas unidades de fisioterapia analisadas. No entanto, é minha convicção que os instrumentos de apoio à gestão melhorariam os níveis de eficiência e de eficácia dos fisioterapeutas.

Este foi um trabalho elaborado e executado ao longo de mais de um ano, com um constante esforço de pesquisa e muita reflexão, tendo com ele enriquecido os meus saberes e competências a vários níveis, essencialmente ao nível da gestão e, especialmente, da gestão estratégica, como o conhecimento de enorme variedade de instrumentos de apoio, dos quais destaco, por exemplo, o BSC. Foi igualmente gratificante o contacto com os profissionais de saúde que, a diferentes níveis, se disponibilizaram para colaborar de uma forma aberta e espontânea neste estudo.

No entanto não posso deixar de mencionar, as limitações que ocorreram neste trabalho, principalmente devido ao número reduzido da amostra, devendo-se esta situação essencialmente ao facto, das unidades privadas de fisioterapia disporem, na sua maioria, de um número também reduzido de profissionais (talvez devido à componente financeira das mesmas).

Assim sendo e devido ao facto da impossibilidade da generalização dos resultados, quero deixar em aberto, a possibilidade da continuação deste estudo, de uma forma mais abrangente e profunda, para que, posteriormente, seja possível a generalização dos resultados, com vista à elaboração e aplicação de um instrumento de avaliação de desempenho, a aplicar de forma global em todas as unidades privadas de fisioterapia. Pois uma correcta avaliação tem como princípio a excelência e a qualidade dos serviços, bem como o reconhecimento e a motivação, garantindo a diferenciação dos desempenhos, a promoção de uma gestão com base na valorização das competências, conduzindo ainda a um aumento da produtividade de cada profissional e da organização no seu todo.

Para que o sucesso organizacional seja possível, qualquer organização deve ter como referenciais a eficiência, a eficácia, a qualidade, a produtividade e, necessariamente, um comportamento contingente e flexível em função das condições contextuais de cada momento, no espaço em que se insere (nível de competitividade). Para isso a selecção e utilização de instrumentos adequados de apoio à decisão em gestão serão fundamentais.

É nesta perspectiva que deixo as seguintes sugestões de intervenção:

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Na sequência da análise efectuada às três unidades privadas de fisioterapia que participaram neste estudo sugerimos a implementação de um instrumento de avaliação de desempenho, como instrumento de apoio à gestão estratégica (Plano Estratégico e sua monitorização através de um Balanced Scorecard - BSC) e operacional, com o sentido de potenciar a eficiência, eficácia, produtividade, níveis de competitividade e sustentabilidade de emprego gerado, ou seja, em síntese, potenciar o desempenho organizacional. Pretendemos introduzir esta alteração através da elaboração de um plano de intervenção sócio-organizacional.

Nas organizações de saúde, o desempenho eficiente significa também a compreensão da área de actuação e de toda a sua envolvência. Após a análise de todos os dados e de elaboradas as conclusões pudemos verificar a existência de lacunas importantes ao nível da gestão estratégica das unidades analisadas não existindo, na sua maioria, um plano estratégico ou um plano operacional, nem o conhecimento de nenhum tipo de instrumentos de apoio à gestão, não sendo, por isso, utilizados.

Plano de Intervenção Sócio-Organizacional

Com base nos resultados obtidos, através da análise efectuada às três unidades privadas de fisioterapia que participaram neste estudo, pudemos concluir que existem lacunas ao nível da sua gestão estratégica, não existindo maioritariamente elaboração e aplicação de um plano estratégico e operacional, nem o conhecimento de qualquer tipo de instrumento de apoio à gestão, apesar desta situação não se reflectir globalmente de forma negativa ao nível do desempenho dos profissionais, existem contudo dimensões que apresentam resultados menos positivos. Face a estes dados, foi elaborada uma proposta de intervenção com o objectivo primordial de divulgar e implementar um sistema de avaliação de desempenho como instrumento de apoio à gestão, tendo este o sentido de potenciar o desempenho organizacional das referidas unidades.

O plano de intervenção, definirá os objectivos a alcançar, bem como os *timings* e acções necessárias para os atingir.

Metodologia de Trabalho

Serão efectuadas sessões de trabalho teóricas, utilizando como método a exposição oral, e posteriormente trabalho interactivo entre os diferentes elementos participantes. Estas sessões contemplarão todos os profissionais que desempenham a sua actividade nas unidades privadas de fisioterapia e terão o objectivo de sensibilizar e motivar os profissionais para a avaliação de desempenho, bem como ainda minorar os possíveis conflitos gerados ao nível das relações interpessoais, pois só com a participação e envolvimento de todos os profissionais será viável a implementação de um sistema de avaliação. O objectivo geral será então a implementação de um sistema de avaliação de desempenho como instrumento de gestão nas referidas unidades.

Divulgação e Implementação

Para promover e divulgar o plano de intervenção Sócio-Organizacional elaborado serão realizadas as diferentes acções:

- 1) Será agendada uma reunião de trabalho com a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), no sentido de dar a conhecer as lacunas existentes ao nível da avaliação dos desempenhos e utilização de instrumentos de gestão nas unidades privadas de fisioterapia, tendo como suporte os resultados obtidos no presente estudo, solicitando a colaboração da mesma na sua divulgação junto das UPF's.
- 2) Em caso de resposta favorável serão agendadas reuniões específicas com os representantes de cada uma das unidades, de forma a promover o envolvimento e colaboração de todos os profissionais na elaboração e futura implementação do instrumento.
- 3) Numa terceira fase será criado um grupo de trabalho, formado pelos profissionais das diferentes áreas de actuação nas UPF's (gestores, coordenadores e fisioterapeutas) com o objectivo de definir os indicadores de desempenho considerados mais relevantes e que deverão integrar o sistema de avaliação destas unidades de saúde, tendo como base as opiniões expressas por esses profissionais no presente estudo e ainda através de *brainstorming*.
- 4) Por fim será então efectuada a implementação do instrumento (sistema de avaliação de desempenho), sendo este aplicado em primeiro lugar nas três unidades privadas de fisioterapia que estiveram envolvidas neste estudo, funcionando as mesmas como unidades piloto.

Formação

A formação será dirigida aos profissionais (avaliadores e avaliados), explicando objectivamente o tipo de intervenção e a sua finalidade de forma a facilitar a futura utilização do instrumento a aplicar.

Esta formação será feita através de sessões teóricas, que terão por objectivo:

- Desenvolver competências pessoais e técnicas ao nível da avaliação de desempenho.
- Dotar estes profissionais com *skills* que lhes permitiram utilizar este tipo de instrumento de forma eficiente e eficaz.

Recursos

Serão utilizados na formação recursos:

- Materiais
- Humanos
- Informáticos

Após a formação espera-se o aumento dos saberes e das competências pessoais.

Avaliação do Plano de Intervenção

A avaliação é uma preciosa fonte de informação, reflectindo o grau de eficácia dos processos, através do *feed-back* das acções desenvolvidas, sendo seu objectivo a verificação do cumprimento das acções planeadas. Após a avaliação e tendo como indicadores, a satisfação dos profissionais e o nível de desempenho organizacional, o instrumento (sistema de avaliação de desempenho) será então implementado de forma generalizada em todas as UPF's.

A longo prazo e como forma de controlo desenvolver-se-ão se, sempre que necessário, acções correctivas podendo estas basear-se num processo de *Benchmarking*, tendo este o objectivo de melhorar o nível relativo do desempenho do processo organizacional.

Ao fim do primeiro ano de implementação do instrumento de avaliação de desempenho, deverá efectuar-se uma apreciação global do processo, em estreita colaboração com a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, após o qual será agendada uma reunião com o objectivo de proporcionar um debate entre todos os intervenientes com o fim de percepçionar as dificuldades sentidas ao nível de cada unidade privada de fisioterapia.

Todas estas acções terão por base os dados obtidos ao longo deste estudo, pois eles são o reflexo do pensamento dos profissionais que desempenham as suas funções nas unidades privadas de fisioterapia (gestores, coordenadores e fisioterapeutas).

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Fernandes de António Serrano, VENTURA, José e ZORRINHO, Carlos. (1993). *Sistemas de Informação nas Organizações*: Universidade de Évora.

AMADO, S., COSTA, L.S. (Setembro de 2005). *Investigação em Fisioterapia – A realidade Portuguesa, Arquivos de Fisioterapia*: 1 (1), 15-37.

ANDRADE, R. O. B. (2004). *Gestão com pessoas: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios*. in: TACHIZAWA, T., FERREIRA, V. C. P., FORTUNA, A.M. *Gestão com pessoas: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FGV.

ANSOFF, I. (1965). *Estratégia Empresarial*. McGraw-Hill. S. Paulo.1977. (Ed. E Trad.). Publicação original 1965.

ANTUNES, Manuel. (2001). *A Doença da Saúde Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. Quetzal editores. Lisboa.

ARTMANN, E. URIBE R., FRANCISCO J. (2003). *A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade*. Ciênc. Saúde coletiva [on-line]. 8 (2), 479-499.

BARDIN, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BELEJO, Cândida de S. C. R. (2008). *O Processo da avaliação de Desempenho em Técnicos de Diagnóstico e terapêutica*. Dissertação final para grau de Mestre em ISO Saúde – Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Évora. (Trabalho não editado).

BILHIM, J. (2004). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BISELLI, Carlos, A. E ARAÚJO, Carlos E. S. (2004). *Aspectos da Utilização do Balanced Scorecard como Instrumento de Gestão Estratégica para Hospitais*. Trabalho de conclusão de curso de MBA em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde. Consultado online a 3 de Novembro de 2008 em: <http://nourau2.eadstrong.com.br/nourau/document/?view=245>

BIZ, Alexandre, A., Dall'Agnol, Rafael. (2006). *A Contribuição do Balanced Scorecard como Instrumento de Gestão Estratégica para os Organismos Públicos de Turismo do Estado de Santa Catarina: uma Abordagem Teórica*. Trabalho apresentado ao GT “Turismo e Gestão Organizacional” do IV Seminário de Pesquisa em Turismo do MERCOSUL Caxias do Sul, 7 e 8 de Julho de 2006 – Consulta Consulta online a 12 de Dezembro de 2008 em: www.ucs.br/ucs/tplSemMenus/posgraduacao/strictosensu/turismo/seminarios/

BOGDAN, Robert, BIKLEN, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto Editora.

BRILMAN, Jean, (2000). *As Melhores Práticas de Gestão no Centro do Desempenho*. 1ª Edição. Sílabo. Lisboa.

CÂMARA, P. GUERRA, P. RODRIGUES, J. (1999). *Humanator – Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. 3ª Edição. Dom Quixote.

CÂMARA, Pedro B. da. (2006). *Os Sistemas de Recompensas e a Gestão Estratégica dos Recursos Humanos*. 2ª Edição (revista e aumentada). Publicações Dom Quixote.

CARAPINHEIRA, Graça. (2005). *Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares*. 4ª Edição. Edições Afrontamento. Porto

CARDOSO, Luis. (1992). *Gestão Estratégica. Enfrentar a Mudança*. S/l: Iapmei.

CARDOSO, Luís. (1999). *Gestão Estratégica das Organizações: como vencer os desafios do século XXI*. Verbo. 4ª Edição. Lisboa.

CASTRO, Gardénia, LIMA, Geny, VEIGA, Maria Raimunda. (Julho/Setembro 1996). *Implantação de um sistema de avaliação de desempenho: métodos e estratégias*. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo. 31(3), 38-52.

CHIAVENATO, Idalberto. (1981). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo. 2ª Edição. Editora Atlas.

CHIAVENATO, Idalberto. (1986). *Recursos Humanos*. São Paulo. Editora Atlas.

CHIAVENATO, Idalberto. (2000). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 6ª Edição. Editora Campus Ltda.

CHORA, José M. L. (2006). *Fundamentos para a Gestão Estratégica na Saúde: A Enfermagem – O Caso do Sistema de Classificação de Doentes*. Dissertação final para grau de Mestre em ISO Saúde – Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Évora. (Trabalho não editado).

COUTINHO, Isabel, M. (Julho de 2007). "N" Reflexões – O Exercício em Fisioterapia – Padrões de Prática. *Arquivos de Fisioterapia*: 1 (3), 48-53.

CUNHA G. et al. (2007). *Estatística aplicada às ciências e tecnologias da saúde*. Lidel. Lisboa.

CUNHA, Miguel et al. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 5ª Edição – Revista e actualizada por Editora RH Ltda.

CUNHA, Rita Campos. (1999). *Avaliação de Desempenho: a tradição já não é o que era*. In *Pessoal* – 85 (1999), 30-33

DANIEL A., SANTOS F., OLIVEIRA S. (2007, Setembro 18). *O que é o balanced scorecard (BSC)?* Extraído do Jornal da Economia.

DEARLOVE, D et al (2002). *Mestres de Gestão – 42 Gurus do Management em directo*. 1ª Edição Centro Atlântico Ltda.

DAVENPORT, T.H. (2000). *Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação*. São Paulo. Futura.

DONABEDIAN, A. (1985). *The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis*. Ann Harbor. *Health Administration Press*. V.3.

DONABEDIAN, A. (1988). *The quality of care: how can it be assessed?*. *JAMA*. 12(260), 1743-1748.

DUTRA, J., S. (2001). *Gestão por competências – um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas*. 4ª Ed. São Paulo. Editora Gente.

DRUCKER, Peter. (1980). *A Gestão em tempos de turbulência*. Harper & Row.

DRUCKER, Peter. (1996). *A Gestão numa época de grande mudança*. Difusão Cultural.

DRUCKER, Peter. (1999). *Management Challenges for the 21st Century*. (?).

EMANUEL Vital, BALTAZAR, Carla. GAVINHO, Cristina, MENDES Isabel. (Setembro de 2006). *O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses*. *Arquivos de Fisioterapia*. 1 (2), 2-13.

ESTRADA, Rolando, ALMEIDA, Martinho. (Set. /Dez. 2007). *A Eficiência e a Eficácia da Gestão Estratégica: Do Planejamento Estratégico à Mudança Organizacional*. **Revista de Ciências da Administração**. 9 (19), 147-178.

FERRAZ, Maria José, et al. (1994). *Instrumentos de avaliação: diversificar é preciso*. in **Pensar avaliação melhorar aprendizagem**, Instituto Inovação Educação.

FERREIRA, J.M. Carvalho, NEVES, José, CAETANO, António. (2001) **Manual de Psicossociologia das Organizações**. Ed. McGraw-Hill. Portugal.

FERREIRA, A. E. (Setembro de 2006). "N" Reflexões – Trabalho ou Profissão?. **Arquivos de Fisioterapia**, 1 (2), 54-56.

FLORINDO, Margarida M. E. (2007). **Políticas e Modelos de Gestão em Unidades de Fisioterapia: Estratégias para a Mudança**. Dissertação final para grau de Mestre em ISO Saúde – Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Universidade Évora. (Trabalho não editado).

FORTIN, M. (2003). **O Processo de investigação da concepção à realização**. 3ª Edição Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

FOUCAULT, M. (1979). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal

FRANCO, M. J. B. FERREIRA T. S. C. (2007). *Um estudo de caso sobre as organizações que aprendem*. **Comportamento Organizacional e Gestão**, 13 (2), 169-189.

FREIRE, A. (1997). **Estratégia: sucesso em Portugal**. 1ª Edição. Editorial Verbo Lisboa/São Paulo.

GALEGO, Carla, GOMES, Alberto, A. (2005). *Emancipação, ruptura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação*. **Revista Lusófona de Educação**, 5 (5), 173-184

GARSON, D. G. (2006). **"Reliability Analysis"**. Artigo Consultado a 28 de Janeiro de 2010 em: <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/reliab.htm>

GIBBS, Anita. (1997). *Focus Group Research*. **Social Research Update**, 19, 1-4.

GODET, Michel. (1993). **Manual de Prospectiva Estratégica**. Dom Quixote.

GUERRA, Isabel, Sousa. (2005). *De um perfil de técnico para um estatuto profissional*. **Médicos de Portugal**. Artigo consultado a 14 de Fevereiro de 2007 em: www.medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/77/-46k-

GUIDDENS, Anthony. (1992). **As Consequências da Modernidade**. Celta Editora. Oeiras.

GOUVEIA, M. L. & Lopes, A. (1990). *O Reconhecimento do Fisioterapeuta como um Profissional*. **Fisioterapia** 1 (1), 17-20.

JORDAN, Hugues, NEVES, João Carvalho, RODRIGUES, José Azevedo. (2008). **O Controlo de Gestão – ao serviço da estratégia e dos gestores**. 8ª Edição. Áreas Editora. Lisboa.

JUNIOR., F. A. C. (Junho 2003). *Gestão estratégica: um estudo de caso de percepção de mudança de cultura organizacional*. **PsicoUSF**. 8 (1), 81-89.

KAPLAN, R., NORTON, D.P. (1997). **A estratégia em acção: Balanced Scorecard**. Rio de Janeiro. Campus.

KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. (2000). **Organização orientada para a estratégia**. 4ª Ed. Rio de Janeiro. Campus.

- KETELE, Jean Marie, ROEGIER, Xavier. (1993). *Metodologia de Recolha de Dados*. Ed. Instituto Piaget.
- LEMOS, V., et al. (1992). *A Nova Avaliação da Aprendizagem: O direito ao sucesso*. Texto Editora. Lisboa.
- LOPES, M. P. & CUNHA, M. P. (Nov/Dez 2005). *Mindpower: O Valor do Capital Psicológico Positivo*. *RH Magazine*. 41, 30-41
- LOPES, Noémia, M. (2006). *Equipas de Saúde: Uma Perspectiva Sociológica Sobre o Exercício Profissional*. *Re (habilitar) – Revista da ESSA*. N.º 3, 25-35. Ed. Colibri.
- MACHADO, M.H., (1995). *Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico*. in (Org.), *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. (pp.13-33). Fiocruz. Rio de Janeiro.
- MACKAY, Ian. (2000). *35 Questionários de gestão de recursos humanos*. 3ª Edição. Monitor.
- MENEZES, H Caldeira. (1999). *Princípios de Gestão Financeira*. 7ª Edição. Editora Presença. Biblioteca de gestão moderna.
- MILLER, D. (1990). *The Icarus Paradox: how excellent organizations can bring about their own downfall*. Harper Business.
- MINTZBERG, Henry. (1993). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. Prentice Hall.
- MINTZBERG, Henry. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa. Publicações Dom Quixote
- MINTZBERG, Henry, QUINN James B. e GHOSHAL Sumantra. (1995). *The Strategy Process*. Prentice-Hall.
- MOREIRA, João M. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Livraria Almedina. Coimbra.
- MORGAN, G. (1997). *Images of Organization*. Thousand Oaks. CA, SAGE.
- MORIN, Edgar. (1997). *O Método: I. A Natureza da Natureza*. Trad. (Fr/P) de M.G. de Bragança, 3ª Edição. Publicações Europa - América (Coleção Biblioteca Universitária). Lisboa
- MONTANA, Patrick J. (2003). *Administração*. 2ª. Edição. São Paulo
- MURTEIRA, B. (1993). *Análise Exploratória de Dados – Estatística Descritiva*. McGraw – Hill.
- NEVES, José. (2001). *Aptidões individuais e teorias motivacionais*. pp.255-279 in FERREIRA, J.M. Carvalho, NEVES, José, CAETANO, António. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Ed. McGraw-Hill. Portugal
- PARADEISE, Catherine. (2004). *Comprendre les professions- l'apport de la sociologie*. in *Identité(s) : l'individu, le groupe, la société*. Auyérre. Sciences Humaines. França
- PASCALE, R. T. (1990). *Managing on the edge*. Vicking Penguin.
- PASSOS, Ana. (2001). *Grupos e equipas de Trabalho*. pp, 335-356 in FERREIRA, J.M. Carvalho, NEVES, José, CAETANO, António, (2001), *Manual de Psicossociologia das Organizações*. McGraw-Hill, Portugal
- PATTON, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2nd Ed.). Newbury Park. CA: Sage Publications. Inc.

PETERSON, S. & Luthans F. (2002). *Does the manager Preliminary research evidence of a positive impact*. Proceedings of the 47th Midwest Academy of Management. Indianapolis, IN.

PETERS, Tom. (1994). *O Seminário de Tom Peters: Tempos loucos pedem organizações loucas*. Bertrand Editora.

PHILADELPHO, Patrícia Bento Gonçalves e MACEDO, Kátia Barbosa. (Dez. 2007). *Avaliação de desempenho como um instrumento de poder na gestão de pessoas*. *Aletheia*. 26, 27-40.

PINTO, Carlos A. Marques et al. (2006). *Fundamentos de Gestão*. 1ª Edição. Editorial Presença.

PIOVESAN, Armando, TEMPORINI, Edméa R. (1995). *Pesquisa Exploratória: procedimento metodológico para o estudo de factores humanos no campo da saúde pública*. *Revista de Saúde Pública*, 29 (4), 318-325.

PONTES, B. R. (1991). *Avaliação de Desempenho: uma abordagem sistémica*. São Paulo. LTR Editora.

PORTER, M. (1980). *Estratégia Competitiva-Técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. Editora Campus, Lda. (Traduzido 1986).

PORTER, M. (Nov/Dec 1996). *What is Strategy*. The Free Press. Nova Iorque 1985.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa. Gradiva

REIS, José Luis Pais. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 1ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa

REIS, Lopes dos. (2008). *Estratégia Empresarial – Análise, Formulação e Implementação*. 2ª Edição, Editorial Presença.

RIBEIRO, A. L. (2005). *Gestão de Pessoas*. São Paulo. Saraiva.

ROLDÃO, Victor. (1998). *Melhorar o Desempenho da Empresa: Medidas de Avaliação*. in *Revista Portuguesa de Gestão*, 1, pp 5-16.

SANTOS, António. J. R. (2008). *Gestão Estratégica – Conceitos, Modelos e Instrumentos*. 1ª Edição. Escolar Editora.

SANTOS, Boaventura de S. (1991). *Um Discurso sobre as Ciências*. Edições Afrontamento, Porto.

SANTOS, M. J. N. (Jul. /Dez 2004). *Gestão de Recursos Humanos: teorias e práticas*. *Sociologias*. Porto Alegre. Ano 6 (12), 142-158.

SANTOS, R. (2006). *Balanced Scorecard em Portugal: Visão, Estratégia e Entusiasmo*. Editora Pergaminho Lda. Portugal.

SEIXO, José M. (2007). *Gestão do Desempenho*. 4ª Edição. Lidel.

SILVA, A, Pinto A. (2007). *Metodologia das Ciências Sociais*. 14ª Edição. Edições Afrontamento.

SILVA, Carlos Alberto da. (2004). *Reencontro com o mundo organizacional – Uma abordagem sociológica*. Publicações da Universidade de Évora.

SILVA, Carlos Alberto da. (2004). *Retóricas da mudança organizacional e profissional em saúde*. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção. Atelier: Saúde.

- SOUSA, António. (1990). *Introdução à Gestão – Uma Abordagem Sistémica*. Editorial Verbo.
- SOUSA, António, J. (2000). *Estratégias empresariais em contexto dinâmico*. Tese de Doutoramento em Gestão de Empresas, Universidade de Évora.
- SOUSA, Gonçalo Vasconcelos. (2005). *Metodologia da Investigação, Redacção e apresentação de Trabalhos Científicos*. 2ª reimpressão Outubro 2005 Livraria Civilização Editora – Porto.
- SOUSA, Maria José, et al. (2006). *Gestão de Recursos Humanos Métodos e Práticas*. 1ª Edição. Lidel.
- SROUR, R. H. (1998). *Poder, Cultura e Ética nas Organizações*. Editora Campus. São Paulo.
- STRATEGOR – AA. VV. (2000). *Política Global da Empresa*. Colecção Gestão e Inovação, Dom Quixote.
- TAVARES, David. (2007). *Escola e Identidade Profissional – O caso dos técnicos de Cardiopneumologia*. 1ª Edição. Edições Colibri.
- TEIXEIRA, Sebastião. (2005). *Gestão das Organizações* 2ª edição Editora McGraw – Hill Interamericana de España S.A.U.
- TAJRA, Sanmya Feitosa., (2008). *Gestão Estratégica na Saúde: Reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência*. 2ª ed., São Paulo: Iáttria.
- TAPSCOTT, Don. (1996). *Digital Economy*. McGraw-Hill.
- TOFFLER, Alvin. (1991). *Os Novos Poderes*. Livros do Brasil. Lisboa.
- TUCKMAN, Bruce, W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- USAID, Center for Development Information and Evaluation, (1996). *Performance Monitoring and Evaluation TIPS-conducting focus group interviews*. N. °10
- YAFFEE, R. A. (1999). *Common Correlation and Reliability Analysis with SPSS for Windows*. New York University. Consulta online a 28 de Janeiro de 2010 em: <http://www.nyu.edu/its/statistics/Docs/correlate.html>
- YIN, Robert. K. (1994). *Case Study Research*. Thousands Oaks. CA: Sage.
- YIN, Robert. K. (2005). *Estudo de Caso: planeamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi. - 3ª Edição – Porto Alegre: Bookman.
- ZORRINHO, C. Serrano, A. Lacerda, P. (2003). *Gerir em Complexidade – Um novo Paradigma da Gestão*. Lisboa. Edições Sílabo.

OUTRAS FONTES:

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FISIOTERAPEUTAS. (2005). *Padrões de Prática*. Adaptação do documento da região Europeia da WCPT (Core Standards of Physical Therapy Practice). 2ª Edição. APF

BETTENCOURT, Conceição, et al. (2005). *Instrumentos de Auditoria aos Padrões de Prática*. Lisboa. 1ª Edição. Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

NHPC–National Health Performance Committee. (2002). *National Report on Health Sector Performance Indicators 2001*. Queensland Health, Brisbane.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Consultado online a 2 de Janeiro de 2009 em: <http://www.observaport.org/OPSS/> .

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004/2010. Consultado online a 2 de Janeiro de 2009 em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

REFERÊNCIAS ALFA. Consultado online em 20 de Janeiro de 2010 em: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/reliab.htm>

TOSCANO, Suzana, A. da S. (2004). *Avaliação de Desempenho Manual de Apoio*. Ministério das Finanças Secretaria de Estado da Administração Pública, Secretária de Estado da Administração Pública. Consultado online a 6 de Fevereiro de 2009 em: http://intranet.uminho.pt/Arquivo/Legislacao/AvaliacaoDesempenho/Manual_Avaliacao_Desempenho.pdf

DIÁRIO DA RÉPUBLICA.

Lei n.º 10/2004 de 22 de Março – SIADAP

Lei n.º 66-B/2007 de 28 de Dezembro – SIADAP

Decreto-lei n.º 45.541/64 de 23 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 87/77

Decreto-lei n.º 384B/85 de 30 de Setembro

Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Junho

Decreto-Lei n.º 320/90 de 11 de Agosto

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto

Decreto-Lei 261/93 de 24 de Julho

Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro

Decreto-lei n.º 500/99

Decreto-Lei n.º. 564/99, de 21 de Dezembro, "Estabelece o estatuto legal da carreira de técnicos

Diagnóstico e terapêutica"

Decreto-lei n.º 293/01 de 27 de Dezembro

Portaria n.º 1208/2000

ANEXOS

ANEXO I

PRÉ-TESTE

Questionário de Avaliação do Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas

Autor: Paula Soares 2009

a seguinte grelha estão descritas algumas questões referentes a situações que podem ocorrer no seu trabalho diário, avalie-as com base na escala de 1 a 7, em que 1= discordo totalmente; 2=discordo em parte; 3=discordo; 4=indiferente; 5=concordo em parte; 6=concordo; 7=concordo totalmente

	1	2	3	4	5	6	7
1.Disponho de recursos técnicos necessários para o bom desempenho das minhas funções.							
2.O tempo de que disponho para efectuar o meu trabalho com qualidade é suficiente.							
3.O meu desempenho atinge um bom nível de qualidade.							
4.Nesta organização há uma clara divisão de tarefas entre os vários profissionais.							
5. O meu trabalho é muito repetitivo tendo baixo nível de complexidade.							
6. O tipo de gestão praticada nesta organização condiciona o meu desempenho profissional							
7.Tendo sempre presentes os valores e objectivos desta organização, consigo desempenhar as minhas funções segundo os padrões de prática da minha profissão.							
8.Nesta organização é praticada avaliação de desempenho.							
9. Os meus colegas e superiores ajudam-me a perceber se o meu desempenho é favorável.							
10.Nesta organização o meu trabalho é reconhecido pelos gestores/coordenadores.							
11.Sinto-me prestigiado por ser fisioterapeuta.							
12.Como profissional sinto-me respeitado(a) nesta organização.							
13.O trabalho nesta organização valoriza-me profissionalmente.							
14.Nesta organização é difícil evoluir na carreira profissional.							
15.O meu coordenador apoia-me na minha prática.							
16.Relativamente às funções que desempenho, tenho uma imagem positiva de mim próprio,							
17.Existe a oportunidade de trabalhar nas áreas em que tenho maiores competências.							

18. Fico mais satisfeita profissionalmente se conseguir obter um bom nível de desempenho.							
19. Estou satisfeito (a) com a minha opção profissional.							
20. De uma forma geral sinto-me satisfeito(a) com o trabalho que desenvolvo nesta organização.							
21. Nesta organização é-me dada a oportunidade de fazer formação contínua.							
22. Ponho em prática diariamente os conhecimentos adquiridos na formação contínua.							
23. O meu coordenador (a) incentiva-me e dá-me oportunidade de fazer formação contínua, regularmente.							
24. É valorizado neste contexto organizacional o facto de eu fazer formação contínua							
25. Nesta organização existem boas relações de trabalho entre os diferentes profissionais.							
26. Existe diariamente colaboração no trabalho entre os diversos profissionais desta organização.							
27. Existe nesta organização uma troca constante de conhecimentos e experiências, com os meus pares, efectuada aos vários níveis hierárquicos.							
28. Posso contar com a cooperação dos colegas de profissão, no meu trabalho diário.							
30. Sinto autonomia técnica/profissional na minha prática diária.							
31. São da minha inteira responsabilidade os resultados do meu trabalho.							
32. Tenho total liberdade para tomar decisões sobre a minha prática diária.							
33. As minhas competências são valorizadas na resolução de problemas relacionados com a prática profissional diária.							
34. As recompensas que esta instituição me oferece compensam o meu esforço profissional.							
35. Tenho estabilidade em relação ao meu futuro profissional nesta organização.							
36. O salário que recebo é compatível com o meu nível de actividade.							

Obrigado pela sua colaboração

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Em que ano terminou a sua formação de base?

2. Habilitações Literárias
 Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

3. Qual a instituição de Ensino em que realizou o curso de Fisioterapia?

4. Idade: anos

5. Sexo: M ☐ F ☐

6. Há quantos anos exerce a sua profissão?

Menos de 5 anos	☐
Entre 5 e 10 anos	☐
Entre 10 e 15 anos	☐
Entre 15 e 20 anos	☐
Mais de 20 anos	☐

7. Há quantos anos trabalha nesta instituição?

Menos de 5 anos	☐
Entre 5 e 10 anos	☐
Entre 10 e 15 anos	☐
Entre 15 e 20 anos	☐
Mais de 20 anos	☐

8. Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?

No Quadro	☐
A Contrato	☐
Prestação de Serviços	☐

9. Exerce a sua actividade apenas no sector privado?

Sim	☐
Não	☐

10. Actualmente para além desta instituição trabalha noutra (s) local (ais)?

Sim

☐

Não

☐

Qual (ais)? _____

ANEXO II

CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS FISIOTERAPEUTAS



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA
E
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

Prezado(a) Fisioterapeuta,

Chamo-me Paula Alexandra Araújo Viegas Soares, mestranda do Curso de Intervenção Sócio Organizacional na Saúde com área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, e venho solicitar a sua colaboração no sentido de responder ao questionário que se segue, que faz parte de um trabalho de investigação sobre Instrumentos de Gestão Estratégica e de Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas em Unidades Privadas de Fisioterapia, que me encontro a desenvolver no referido curso, sob a orientação do Sr. Professor Doutor António João Coelho de Sousa, da Universidade de Évora.

Agradeço antecipadamente a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

Lisboa, Janeiro de 2010

Cordialmente,

Paula Alexandra A. Viegas Soares

Telefone: 91 7534550

E-mail: viegas.paula@netcabo.pt

ANEXO III
QUESTIONÁRIO APLICADO

Questionário de Avaliação do Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas

Autor: Paula Soares 2009

No seguinte grelha estão descritas algumas questões referentes a situações que podem ocorrer no seu trabalho diário, avalie-as com base na escala de 1 a 7, em que 1= discordo totalmente; 2=; discordo 3= discordo em parte; 4=indiferente; 5=concordo em parte; 6=concordo; 7= concordo totalmente

	1	2	3	4	5	6	7
1.Disponho de recursos técnicos necessários para o bom desempenho das minhas funções.							
2.O tempo de que disponho para efectuar o meu trabalho com qualidade é suficiente.							
3.O meu desempenho atinge um bom nível de qualidade.							
4.Nesta organização há uma clara divisão de tarefas entre os vários profissionais.							
5. O meu trabalho é muito repetitivo tendo baixo nível de complexidade.							
6. O tipo de gestão praticada nesta organização condiciona o meu desempenho profissional							
7.Tendo sempre presentes os valores e objectivos desta organização, consigo desempenhar as minhas funções segundo os padrões de prática da minha profissão.							
8.Nesta organização é praticada avaliação de desempenho.							
9. Os meus colegas e superiores ajudam-me a perceber se o meu desempenho é favorável.							
10.Nesta organização o meu trabalho é reconhecido pelos gestores/coordenadores.							
11.Sinto-me prestigiado por ser fisioterapeuta.							
12.Como profissional sinto-me respeitado(a) nesta organização.							
13.O trabalho nesta organização valoriza-me profissionalmente.							
14.Nesta organização é difícil evoluir na carreira profissional.							
15.O meu coordenador apoia-me na minha prática.							

16. Relativamente às funções que desempenho tenho uma imagem positiva de mim próprio.							
17. Existe a oportunidade de trabalhar nas áreas em que tenho maiores competências.							
18. Fico mais satisfeita profissionalmente se conseguir obter um bom nível de desempenho.							
19. Estou satisfeito (a) com a minha opção profissional.							
20. De uma forma geral sinto-me satisfeito(a) com o trabalho que desenvolvo nesta organização.							
21. Nesta organização é-me dada a oportunidade de fazer formação contínua.							
22. Ponho em prática diariamente os conhecimentos adquiridos na formação contínua.							
23. O meu coordenador (a) incentiva-me e dá-me oportunidade de fazer formação contínua, regularmente.							
24. É valorizado neste contexto organizacional o facto de eu fazer formação contínua							
25. Nesta organização existem boas relações de trabalho entre os diferentes profissionais.							
26. Existe diariamente colaboração no trabalho entre os diversos profissionais desta organização.							
27. Existe nesta organização uma troca constante de conhecimentos e experiências, com os meus pares, efectuada aos vários níveis hierárquicos.							
28. Posso contar com a cooperação dos colegas de profissão, no meu trabalho diário.							
29. Sinto autonomia técnica/profissional na minha prática diária.							
30. São da minha inteira responsabilidade os resultados do meu trabalho.							
31. Tenho total liberdade para tomar decisões sobre a minha prática diária.							
32. As minhas competências são valorizadas na resolução de problemas relacionados com a prática profissional diária.							
33. As recompensas que esta instituição me oferece compensam o meu esforço profissional.							
34. Tenho estabilidade em relação ao meu futuro profissional nesta organização.							
35. O salário que recebo é compatível com o meu nível de actividade.							

Obrigado pela sua colaboração

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Em que ano terminou a sua formação de base?
2. Habilitações Literárias
 Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐
3. Qual a instituição de Ensino em que realizou o curso de Fisioterapia?

4. Idade: anos
5. Sexo: M ☐ F ☐
6. Há quantos anos exerce a sua profissão?
 Menos de 5 anos ☐
 Entre 6 e 10 anos ☐
 Entre 11 e 15 anos ☐
 Entre 16 e 20 anos ☐
 Mais de 20 anos ☐
7. Há quantos anos trabalha nesta instituição?
 Menos de 5 anos ☐
 Entre 6 e 10 anos ☐
 Entre 11 e 15 anos ☐
 Entre 16 e 20 anos ☐
 Mais de 20 anos ☐
8. Qual o vínculo que mantém com a entidade empregadora?
 No Quadro ☐
 A Contrato ☐
 Prestação de Serviços ☐
9. Exerce a sua actividade apenas no sector privado?
 Sim ☐
 Não ☐

10. Actualmente para além desta instituição trabalha noutra (s) local (ais)?

Sim

☐

Não

☐

Qual (ais)? _____

ANEXO IV
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ÀS UNIDADES PARA
REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Paula Alexandra Soares
Rua Pereira e Sousa, 100 r/c Dtº
1350-237 Lisboa

À Gerência
Ex.mos Senhores

Sou aluna do V Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde com especialidade em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde da Universidade de Évora. Estou neste momento a realizar a dissertação de mestrado, com o tema proposto no âmbito da utilização de Instrumentos de Gestão Estratégica em Unidades Privadas de Fisioterapia e como estes podem influenciar o Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas que nestas desempenham as suas funções.

Venho por este meio solicitar a Vossas Ex^{as}, autorização efectuar recolha de informação nesta unidade.

Esta recolha deverá ser dirigida ao Gestor/Coordenador, através de uma entrevista semi-estruturada, bem como aos Fisioterapeutas da unidade através de um questionário.

Sendo fundamental a recolha de dados, para a realização deste estudo, agradeço desde já a vossa atenção, e aguardo uma resposta.

Atenciosamente

(Paula Soares)

Lisboa, 19 de Janeiro de 2010

ANEXO V
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
GESTORES/COORDENADORES



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA
E
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Tendo sido seleccionado(a) para participar no estudo de investigação da Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa com o título “Instrumentos de Gestão Estratégica e de Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas em Unidades Privadas de Fisioterapia”. Fui informado que não existem quaisquer riscos ou desconfortos neste tipo de estudo. Estou ainda ciente de que os resultados da pesquisa podem ser publicados, mas que meu nome ou identificação não serão revelados. Para manter a confidencialidade dos meus registos o pesquisador usará códigos para os sujeitos e somente o pesquisador terá acesso aos nomes e respectivos códigos. Fui informado de que não serei remunerado pela minha participação. Qualquer dúvida em relação à pesquisa ou à minha participação, antes ou depois de meu consentimento, serão respondidas pelo pesquisador responsável.

Declaro que li todas as informações acima. Recebi explicações sobre a natureza, do projecto, assumindo conscientemente a minha participação e compreendendo que posso retirar meu consentimento e interromper minha participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou perda de benefício.

Uma cópia desta carta ser-me-à fornecida.

Assinatura

Lisboa, 19 de Janeiro de 2010



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA
E
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

Certifico que expliquei ao Gestores/Coordenadores seleccionados para participar desta investigação a natureza e o propósito, da sua participação neste estudo, respondi a todas as questões que foram levantadas e testemunhei a sua assinatura. Estes elementos de consentimento informado estão de acordo com a garantia dada pelo Comité de Ética e Pesquisa.

Fornei aos profissionais uma cópia deste documento de consentimento assinado.

Assinatura do investigador

Lisboa, 19 de Janeiro de 2010

ANEXO VI-
GUIÃO DA ENTREVISTA AOS GESTORES/COORDENADORES

GUIÃO DA ENTREVISTA

A realizar aos Gestores/Coordenadores das Unidades Privadas de Fisioterapia

Objectivo da Pergunta	Pergunta Principal	Perguntas Secundárias
Perceber se a instituição possui um plano estratégico/operacional e até que ponto é do conhecimento geral de toda a estrutura organizacional, a missão, visão e objectivos da mesma, bem como o nível de envolvimento dos colaboradores	1. Esta instituição possui um plano estratégico/plano operacional?	1.1. Sabe definir a Missão, a Visão e os Objectivos desta instituição? 1.2. Por quem foram estes definidos? 1.3. Esse processo envolveu vários profissionais desta instituição? 1.4. Se sim, quais?
Ficar com a percepção do tipo de gestão praticada nas diferentes unidades de saúde que participam no estudo. E se utilizam algum tipo de instrumentos de apoio à gestão. Se sim qual.	2. Que tipo de gestão é efectuada nesta instituição?	2.1. Conhece algum tipo de instrumento de apoio à gestão? 2.2. Esta instituição utiliza algum instrumento de gestão? 2.3. Se sim, diga qual.
Perceber se é feita avaliação de desempenho aos profissionais da unidade de saúde em causa, e de que forma é feita. Assim como avaliar a predisposição do coordenador para ajudar na resolução e acompanhamento de problemas gerais e específicos da prática diária.	3. Avalia regularmente o desempenho dos profissionais que coordena?	3.1. Tem regularmente reuniões de trabalho com os profissionais que coordena? 3.2. Se sim com que objectivo o faz? 3.3. Acompanha a prática diária dos profissionais? 3.4. Disponibiliza-se para esclarecimento de dúvidas e acompanhamento na resolução de problemas relacionados com a prática?
Avaliar a forma como o gestor/coordenador percepciona o desempenho e a satisfação dos profissionais que coordena, e como auxilia ou não no aumento desse desempenho, com vista a uma maior eficiência e eficácia, bem como na qualidade dos serviços prestados.	4. Avalia a satisfação profissional dos profissionais que coordena?	4.1. Como é feita a retribuição, pelo trabalho destes profissionais? 4.2. Como os motiva para obter uma maior eficácia de desempenho? 4.3. Existe um plano pré definido para que os profissionais desta unidade tenham a possibilidade de se desenvolver profissionalmente? 4.4. Se sim, como?
É também importante avaliar como gere o gestor/coordenador as relações interprofissionais e interpessoais dos profissionais da unidade de saúde, pois o ambiente interno é fortemente condicionado pelos seus gestores, trabalhadores, bem como pela cultura organizacional, influenciando o bom desempenho da organização, e condicionando	5. Nesta unidade existem diferentes profissionais, como é que estes se relacionam?	5.1. Existe uma boa colaboração entre todos os profissionais dos vários níveis hierárquicos? 5.2. E entre os profissionais das diferentes áreas? 5.3. Como consegue gerir as relações de trabalho existentes?

ainda o comportamento dos seus colaboradores.		
Por fim tenta-se identificar através do gestor/coordenador qual o conhecimento que a organização tem da sua envolvente, e como e como se define no contexto organizacional	6. Consegue como responsável por esta organização identificar os seus pontos fortes e fracos?	6.1. Consegue identificar as oportunidades e ameaças? 6.2. Resumidamente consegue definir a estratégia utilizada por esta unidade de saúde?

ANEXO VII**ENTREVISTA AOS GESTORES/COORDENADORES**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA
E**

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

Entrevista aos Gestores/Coordenadores

1. Existe nesta instituição um plano estratégico e operacional, tendo sido definidos a missão, visão e objectivos desta enquanto Organização? Se sim, por quem foram estes definidos?
2. Tem conhecimento de algum tipo de Instrumentos de apoio à Gestão, e sabe se nesta instituição é utilizado? Se sim, diga qual.
3. Tem com os profissionais que coordena reuniões de trabalho, acompanha-os na sua prática diária, disponibiliza-se para esclarecer as suas dúvidas e ajuda-os na resolução de problemas?
Avalia regularmente o desempenho dos profissionais que coordena
4. Que estratégia motivacional utiliza esta instituição, para que os seus profissionais (fisioterapeutas) atinjam uma maior eficácia nos seus desempenhos, bem como níveis acrescidos de satisfação? (sistemas de recompensa, plano de formação profissional, etc.)
5. Como coordenador, como consegue gerir e promover as relações interpessoais e interprofissionais, tendo como objectivo o desempenho eficaz dos profissionais e da organização?
6. Como responsável nesta instituição, consegue identificar os seus pontos fortes e os seus pontos fracos, bem como as ameaças e oportunidades que se lhe deparam, os seja resumidamente consegue definir a estratégia que esta unidade utiliza?

ANEXO VIII
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas são apresentadas em quadros, em que os gestores/coordenadores são designados por E1, E2, E3 (Entrevistados), seguidos por de uma síntese dos aspectos mais relevantes extraídos das mesmas.

Quadro 1: Plano estratégico e operacional da organização e identificação da missão, visão e objectivos

Categoria	Subcategorias	Indicadores e/ou Segmentos de texto
Plano estratégico e operacional da organização	Identificação da missão, visão e objectivos	E1: Existência <i>de Plano Estratégico, operacional onde está definida a missão, a missão e a visão e os objectivos do espaço e não só da fisioterapia (...) mais elaborada e mais vista de cima.</i> E2: (...) <i>sabemos o que temos de fazer, quais são os objectivos que temos de atingir, principalmente em termos de número de doentes (...) mas nada está determinado, escrito, implementado.</i> E3: <i>Não existe nenhum plano, não tem missão, nada, o nosso único objectivo é conseguirmos tratar o número de doentes que nos procuram.</i>
	Profissionais que participaram na elaboração do plano estratégico	E1: O próprio com a ajuda do gestor, <i>que faz parte da organização, desta estrutura.</i> E2: Não respondeu. E3: Não respondeu.

De acordo com o quadro 1, podemos verificar que apenas o primeiro entrevistado (E1) refere a existência de um Plano Estratégico e Operacional da organização e que o mesmo foi elaborado pelo próprio com o apoio de outro Gestor da Organização. E2 diz que apesar de não existir um documento escrito/formal, todos os profissionais da Unidade de Saúde estão conscientes do que têm que fazer e dos objectivos a atingir. Já E3 refere que não existe um plano, apenas um objectivo que é partilhado por todos os profissionais e que se prende com o atendimento adequado a todos os doentes que procuram a Unidade de Saúde.

Quadro 2: Instrumentos de apoio à gestão e a sua utilização

Categoria	Subcategorias	Indicadores e/ou Segmentos de texto
Instrumentos de apoio à gestão	Existência e conhecimento de instrumentos de apoio à gestão	E1: (...) temos instrumento de gestão, que tem a ver com o nosso sistema informático (...) que é o PHC, não sei definir muito bem o que é, mas temos isso definido desde o início que estamos aqui. E2: (...) não tenho conhecimento de nenhum instrumento que haja, nem de utilização nesta instituição. E3: Não, ao nível da fisioterapia não tenho conhecimento de qualquer instrumento que se possa aplicar.

Quanto aos instrumentos de apoio à gestão, podemos verificar que apenas E1 refere a sua existência e que o mesmo se enquadra no sistema informático (PHC) (Cf. Quadro 2).

Quadro 3: Avaliação de desempenho e acompanhamento das actividades diárias

Categorias	Subcategorias	Indicadores e/ou Segmentos de texto
Avaliação de desempenho	Realização e frequência	E1: Não respondeu. E2: Não respondeu. E3: Não respondeu.
Acompanhamento das actividades	Realização de reuniões de trabalho	E1: Reunião semanal ... da parte da coordenação e sub-coordenação (...). E2: Estou diariamente com eles, as reuniões de trabalho não estão pré-definidas (...). (...) normalmente as reuniões são feitas quando há alguma coisa a debater e é urgente ou quando há períodos de férias (...) para preparar quem é que substitui(...). E3: Não, não há tempo para isso e quando é necessário nós falamos no momento certo e na hora certa.

	Acompanhamento da prática diária dos profissionais que coordena	E1: Estou <i>permanentemente em contacto com eles</i>. E2: <i>Acompanho-os diariamente (...)</i>. E3: (...) <i>todo o problema que exista contactam com o coordenador (...) ouço a opinião deles, dou a minha e tento chegar a um consenso (...)</i>.
--	---	--

No que concerne à avaliação de desempenho, nenhum dos inquiridos respondeu à questão. Quanto às reuniões de trabalho pré-definidas, somente E1 diz que são feitas reuniões semanais, todos os inquiridos dizem que acompanham diariamente as actividades desenvolvidas pelos seus colaboradores (Cf. Quadro 3).

Quadro 4: Avaliação da satisfação dos profissionais que coordena

Categoria	Subcategorias	Indicadores e/ou Segmentos de texto
Avaliação da satisfação dos profissionais (fisioterapeutas) que coordena	Estratégia motivacional/ Forma de retribuição pelo trabalho desenvolvido	E1: (...) <i>objectivos muito bem definidos que têm a ver com o seu desempenho diário profissional, (...) enfim toda esta questão da formação, e acho que é fundamental.</i> E2: (...) <i>não é propriamente através do dinheiro que conseguimos que os profissionais fiquem mais satisfeitos, há que saber por vezes dar algumas contrapartidas (...) claro que a formação profissional é muito importante (...) os fisioterapeutas porque aprendem mais e a instituição porque fica com profissionais com outras competências (...)</i>. E3: <i>Primeiro que o doente passe o menos tempo possível em tratamento, ou seja, quanto mais eficaz for o tratamento, melhor para o utente, melhor para nós (...) portanto, a nível da motivação, teremos de falar da parte monetária e conseguir também adquirir algum tipo de equipamento para que possam também melhorar o serviço.</i>

	Existência de um plano pré-definido para o desenvolvimento profissional	E1: (...) <i>temos uma coisa que é inovadora (...), temos formação interna para cada um deles sob o ponto de vista de coaching (...) maneira de tentarmos otimizar as suas competências.</i> É feito por uma psicóloga que definiu um plano de formação, para melhorar as competências profissionais e relacionais. Existência de outras formações sob o ponto de vista profissional e dentro de áreas específicas. E2: Não respondeu. E3: Não respondeu.
--	---	--

Quando questionados sobre a avaliação da satisfação dos profissionais que coordenam, E1 refere a importância da definição de objectivos de desempenho. E1 e E2 apontam para importância da formação e E3 realça o que está de certa forma relacionado com o processo de motivação intrínseca, ou seja, a satisfação obtida pelos profissionais no cumprimento adequado do seu trabalho, faz também alusão à questão monetária, mas não especifica, e à aquisição de equipamentos quando necessário. E1 faz referência à existência de um plano de formação profissional, desenvolvido por uma psicóloga com o intuito de aperfeiçoar as competências profissionais e relacionais (Cf. Quadro 4).

Quadro 5: Coordenação dos profissionais da Unidade de Saúde

Categoria	Subcategorias	Indicadores e/ou Segmentos de texto
Forma de coordenação das relações interpessoais dos profissionais da unidade de saúde	Encontros/reuniões	E1: Para além da formação interna, há semanalmente uma reunião de coordenadores e sub coordenadores. <i>(...) temos todos os meses um encontro com todos os fisioterapeutas, não só para falarmos dos problemas que se passam no dia a dia, interrelacionais, uns com os outros, com os próprios doentes, mas também onde é apresentado sempre um estudo de caso e onde todos discutimos para nos ajudarmos a melhorar o que se passa aqui.</i> E2: <i>Essa às vezes é a parte mais difícil (...) somos neste momento 20 (...) entre fisioterapeutas e técnicos (...) todos os dias há problemas (...) não consigo dizer como é que os resolvo, depende do momento e das pessoas (...) são diferentes</i>

		<i>e eu tenho noção que o meu modo de falar é diferente para um ou para outro, sem fazer diferenças, mas sei que um se melindra mais que outro (...).</i> <i>E3: Manter sempre um bom ambiente entre colegas e entre direcção clínica e gestor/coordenador, isso é o principal e se a relação for boa, portanto, todo o resto corre bem.</i>
--	--	--

Verificamos, de acordo com a informação apresentada no Quadro 5, que os coordenadores procuram manter um bom ambiente de trabalho entre os colegas e entre estes e a direcção/gestão (E3). E2 chama a atenção para as diferenças individuais e, consequentemente, para a impossibilidade de “tratar” todos da mesma forma. E1 refere a existência de reuniões semanais na sua Unidade e também a realização de um encontro mensal, entre fisioterapeutas, para o debate de problemas e estudo de casos com vista a melhoria do serviço prestado.

Quadro 6: Estratégia da Unidade de Saúde e identificação dos pontos fortes e fracos

Categoria	Subcategorias	Indicadores e/ou Segmentos de texto
Estratégia da Unidade de Saúde	Identificação dos pontos fortes e fracos/ Identificação de ameaças e oportunidades	E1: <i>Isso é um ponto que logo a partida nós fizemos, antes de avançar para cá e que vamos sempre “checkando” (...) para ir percebendo o que é que continua a ser mais fraco e melhorá-lo e o que é mais forte, para que no mundo em que vivemos nos dias de hoje seja ... sejamos mais competitivos.</i> E2: <i>Em relação à organização, acho que nós não entramos em competição com as outras clínicas (...) nós sabemos como é o privado e se nós temos algum problema, os problemas são a duplicar ou triplicar nos outros privados (...) prestarmos um bom serviço (...) tentarmos divulgar (...). A nossa base de doentes é ortopedia e traumatologia, neurologia tratamos mas não temos base de comparação (...).</i> E3: <i>(...) não consigo, é o melhor que possamos fazer (...) o doente sempre em primeiro lugar para que ele se sinta bem e para que nós consigamos também prestar um bom serviço e que ele passe a palavra (...).</i>

Na análise das respostas dadas a última questão colocada, que incidiu sobre a definição de uma estratégia utilizada pela Unidade de Saúde que coordenam, podemos verificar que não existe uma estratégia definida, o que vai ao encontro da informação contida no quadro 1, em que apenas E1 referiu a existência de um Plano Estratégico e Operacional comum a toda a organização.

Os inquiridos reconhecem que existem ameaças e oportunidades, assim como pontos fortes e fracos, na unidade e na organização no seu todo, também devido à categoria de clínica privada (E2), mas não os especificam. E1 refere a importância de uma avaliação contínua para colmatar as lacunas identificadas. Todos os inquiridos salientam a necessidade de prestar um óptimo/eficaz atendimento ao utente/cliente como forma de se implementarem/posicionarem no contexto envolvente.