# DECISÕES NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: (DES)ENCONTROS ENTRE TEORIAS E PRÁTICAS

**Fernanda Nogueira,** Universidad de Trás-os-Montes y Alto Douro,

**Chris Gerry,** Universidad de Trás-os-Montes y Alto Douro,

**RESUMO**

Recentemente, um conjunto de forças bem conhecidas têm propiciado a importação de modelos do sector privado para a gestão da administração pública, provocando, desta forma, alterações na malha das relações institucionais, sem que, ao mesmo tempo, se processe a adaptações e reformas internas. Os processos decisionais ao nível das organizações de saúde são um exemplo deste desajuste. A maioria das propostas, para este sector, centram a sua atenção em medidas susceptíveis de produzir uma redução dos custos unitários, eliminando o desperdício e a ineficiência e de incrementar a qualidade do serviço prestado, avaliada na perspectiva da satisfação dos utentes. Tal processo obriga a decisões, por parte dos profissionais da saúde, cada vez mais informadas e sustentadas. No entanto, é de difícil concretização por algumas das razões enunciadas nesta comunicação.

**Palavras chave:** Organizações; Decisões; Gestão Púbica; Decisores Hospitalares.

## INTRODUÇÃO: A GÉNESE E EVOLUÇÃO DA TEORIA DA DECISÃO

A teoria da decisão nasceu com Herbert Simon, que a utilizou como fundamento para explicar o comportamento humano nas organizações. Na sua abordagem, o autor destaca aspectos conceptuais e históricos do processo de tomada de decisão, identifica o espaço onde as mesmas se posicionam (como por exemplo a família, a empresa e outras instituições quer públicas que privadas) e, ainda, o modo de actuação dos seus actores.

Por sua vez, na teoria comportamental da Administração, a organização é considerada como um sistema de decisões em que cada indivíduo participa racional e conscientemente, escolhendo e tomando decisões a respeito de alternativas mais ou menos racionais do comportamento. A organização é, assim, tida como um complexo sistema de decisões, onde todo o processo de tomada de decisão deve perseguir os princípios básicos da afectação eficiente dos recursos físicos, financeiros e humanos, no sentido de melhor atingir os objectivos fixados (Dent *et al*, 1986). A natureza específica de determinados sistemas de produção de bens ou serviços e os respectivos contextos político e económico têm sido reconhecidos como condicionantes e responsáveis pelas incertezas do processo de tomada de decisão. Simultaneamente, os aspectos sociais da família, interagindo com o ambiente externo e como parte integrante deste processo, não têm sido devidamente estudados e trabalhados pelos investigadores (Dent *et al*, 1986); investigações deste tipo obrigam à constituição de equipas pluridisciplinares, o que nem sempre tem acontecido. Também os objectivos pessoais, as metas, os comportamentos, as atitudes e as necessidades das famílias, como componentes intrínsecas do processo, não têm

sido considerados nas tentativas de entender as decisões do decisor público (Gerry e Nogueira, 2000). Por outro lado, e genericamente, o critério único da maximização de lucro, utilizado para explicar a "função objectivo" dos decisores públicos, não tem mostrado resultados satisfatórios (Gasson, 1973; Marques, 2000).

Neste sentido, mais recentemente, aspectos do comportamento humano que fundamentam as teorias da escolha e das decisões, têm sido alvo da atenção de psicólogos e economistas (Weber, 1994) por forma a melhor entender os factores relacionados com as atitudes e comportamentos dos decisores nos seus processos de tomada de decisão (Willock *et al*, 1994; McGregor *et al*, 1995; McGregor *et al*, 1996).

Também na Administração Pública, a tomada de decisão tem sido reconhecida como um processo extremamente complexo, necessitando, por isso, de ser estudada e compreendida no sentido de enfrentar com maior facilidade os novos paradigmas do desenvolvimento social e económico. Mas, contrariamente, esta tem sido apenas equacionada como um processo "racional e económico", para o qual são seleccionados vários cursos de acção a partir de um conjunto de alternativas disponíveis (Douglas, 1986). O pressuposto de que o decisor toma sempre decisões racionais tem vindo a orientar a maioria das análises socio-económicas (Jacobsen, 1994). Esta abordagem tem-se fundamentado no conceito de que a pessoa (decisor) faz a sua escolha orientada pelo interesse interior de maximizar a sua "satisfação" (utilidade) individual. Neste caso, a escolha é considerada racional se estiver de acordo com os objectivos do indivíduo (decisor) (Douglas, 1986). A fundamentação teórica desta abordagem é resumida por Jacobsen (1994) quando refere que a economia neoclássica da produção é baseada na suposição de que a maximização do lucro é o único objectivo e que o decisor vive num mundo de completas certezas, conhecendo todas as alternativas e as suas implicações e que é capaz de ordená-las de maneira a que não sejam ambíguas.

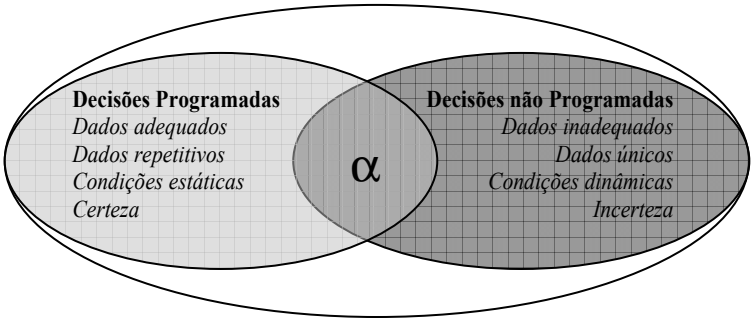
No entanto, tal argumentação tem sido alvo de algumas reflexões mais profundas para determinados sectores de actividade. No caso concreto do sector da saúde, por exemplo, as condições de decisão são, muitas vezes, diferentes das da maioria dos sectores. Neste sector, o decisor não tem acesso a todas as informações e existem muitas alternativas cujos resultados e consequências são totalmente (incertos) imprevisíveis (Jacobsen, 1994). A este propósito, Sutherland *et al* (1996) referem que o poder limitado do processamento da informação restringe a capacidade individual de tomar decisões.

Adicionalmente, a decisão humana depende do problema, dos objectivos e dos recursos disponíveis que estão afectos ao decisor, e a melhor alternativa pode ser escolhida de forma diferente entre diversos indivíduos, considerando diferentes julgamentos de preferência e de escolha (Sipilainen, 1994). Não é, por isso, difícil concordar com Jacobsen (1994) quando este afirma que: todos os decisores querem fazer parecer que tomam sempre uma decisão racional; uma decisão racional nem sempre conduz ao objectivo desejado; avaliar se é uma decisão racional é algo que depende de quem o está a fazer (julgar).

São vários os autores referidos por Neves (2002) que defendem que a dinâmica das decisões pode estar associada à evolução económica da instituição (como por exemplo as restrições orçamentais) bem como a outras condicionantes internas e externas (refira-se, por exemplo, os próprios problemas estruturais). No caso concreto do sector da saúde, é bem mais provável que esta associação seja relativa à qualidade de vida das populações. Mesmo na ausência de eventos excepcionais (pandemias, catástrofes naturais, etc.), são de esperar mudanças de objectivos resultantes da evolução do indivíduo, enquanto ser social e biológico (aumento da esperança de vida, tratamento dos resíduos hospitalares, etc.).

De forma simplificada podemos, assim, equacionar a existência de dois tipos de decisões: (1) *decisões programadas*; e (2) *decisões não-programadas*. No caso das primeiras, estas são caracterizadas pela rotina e repetitividade. No caso das segundas, podemos dizer que se trata de decisões não-estruturadas e basicamente caracterizadas pela novidade. Mas, tal como acontece com a maior parte dos conceitos dualistas, também esta classificação se torna excessivamente redutora, pois existirá sempre uma área cinzenta, de dimensões não desprezáveis ($\alpha$) onde as decisões racionalmente programáveis acabam por ser submetidas à subjectividade e arbitrariedade de quem detém o poder, a informação ou mesmo o conhecimento de todas as variáveis e, por isso mesmo, acabam por o não ser (Figura 1).

Figura 1: Características das decisões programadas e não programadas




Simon, já em 1965 tinha classificado as decisões de forma tripartida: (1) *decisões desestruturadas,* isto é, aquelas que dependem da solução do decisor, não permitindo ser automatizadas e não se repetindo com frequência ao longo do tempo; (2) *decisões semi-estruturadas* ou decisões intermédias, entre os estágios desestruturados e semi-estruturados, envolvendo um determinado número de informações e exigindo do decisor o conhecimento prévio do conjunto e; (3) *decisões estruturadas,* como sendo todas as que podem ser amplamente automatizadas por uma sequência de procedimentos, não necessitando da intervenção do decisor (Quadro 1). A título de exemplo, refira-se o sistema de saúde que, operando dentro de um ambiente mutável, dinâmico e guiado por factores externos (político, social e económico) e internos (produtivo, social e estrutural), acaba por produzir, no seu dia-a-dia, as categorias de decisões mencionadas por Simon (desestruturadas, e estruturadas ou semi-estruturadas). Os efeitos das interacções directas e indirectas desses factores levam a um processo bastante dinâmico da tomada de decisão.

Quadro 1: Tipo de decisão e respectivas técnicas inerentes à tomada de decisão

| **Tipos de Decisão** | | **Técnicas da Tomada de Decisão** | |
|---|---|---|---|
| | | ***Tradicionais*** | ***Modernas*** |
| **Programadas** | Decisões repetitivas ou de rotina | Hábitos, rotina (procedimentos padronizados de acção) | Investigação operacional, análise matemática, modelos de simulação |
| | Decisões através de processos específicos estabelecidos pela Organização | Estrutura organizacional (sistema de objectivos, canais de comunicação bem definidos) | Processamento electrónico de dados |
| **Não Programadas** | Decisões de momento, mal estruturadas e de novas políticas | Julgamento intuitivo e criatividade. Regras empíricas. Selecção e formação dos executivos | Técnica heurística de soluções de problemas aplicadas a:<br>- Formação de indivíduos para decisores<br>- Estabelecimento de programas heurísticos para computador |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Decisões tratadas pelos processos gerais de solução de problemas | | |

Fonte: Chiavenato (2000: 496) citando Simon (1965)

## A TOMADA DE DECISÃO SOB CONDIÇÕES DE (IN)CERTEZA

As condições em que os indivíduos, numa determinada organização, tomam as decisões reflectem as forças ambientais (desenvolvimentos e acontecimentos) que não conseguem controlar mas que podem, no futuro, vir a influenciar os resultados das suas decisões. Os impactos destas decisões são sempre sentidos no futuro, mais cedo ou mais tarde. Tendo presente que os gestores tomam, habitualmente, decisões numa grande variedade de situações, não existindo, portanto, um único método de tomada de decisão que possa abrangê-las a todas. As condições, já citadas, em que as decisões são tomadas proporcionam, apenas, uma base ou um suporte compreensivo e dirigido à tomada de decisão.

Reflectindo, respectivamente, sobre os vários tipos de problemas aos quais o processo de decisão, tipicamente, tem de responder e às condições que condicionam as soluções adoptadas, Audy *et al* (2000), concluíram que as decisões podem ser categorizadas como (a) rotineiras, (b) adaptativas ou (c) inovadoras, enquanto que para Brilman (2000) as decisões são tomadas em condições de (1) certeza, (2) risco e (3) incerteza. Sabendo que os tipos de problemas com que os gestores lidam, diariamente, variam dos mais bem conhecidos até aos sem precedentes e ambíguos (Dent *et al*, 1986), também as soluções alternativas são seleccionadas de um contínuo de opções desde as mais experimentadas até às mais experimentais. Vejamos, então, como é que estas diferentes abordagens se reflectem nos vários níveis organizacionais.

**A CERTEZA E A ROTINA.** Ao tomarem uma decisão sob a condição de certeza (situação que mais aproxima o modelo da economia neoclássico), o(s) indivíduo(s) estão completamente informados acerca do problema, das soluções alternativas e dos respectivos resultados que, por sua vez, são mensuráveis e comparáveis sem ambiguidade. Assim, os decisores podem, pelo menos, antecipar (se não mesmo controlar) os acontecimentos e os seus resultados. Decidir sob tais condições é relativamente simples: quem toma a decisão limita-se a escolher a solução que apresente o melhor resultado esperado. Estamos, assim, no domínio das decisões programadas, segundo Neves (2002). É o domínio dos gestores, ditos, de "primeira linha", os quais tomam diariamente decisões debaixo de condições muito perto da certeza, (também identificadas por Dent *et al*, 1986, como decisões rotineiras às quais associamos, normalmente, a resolução dos problemas[1] bem estruturados, onde o conhecimento das variáveis é quase total e os gestores encontram frequentemente uma solução baseada em regras estabelecidas ou procedimentos *standard*), ou seja, ao nível operacional (Brilman, 2000).

**O RISCO E A ADAPTAÇÃO.** Sob condições de risco, os indivíduos podem definir um problema, especificar a probabilidade[2] de certas consequências, identificar soluções alternativas e calcular a probabilidade de cada solução provocar os resultados desejados. O risco significa, normalmente, que o problema e as soluções alternativas se encontram algures num contínuo que vai de um extremo (uma solução bem conhecida e definida,

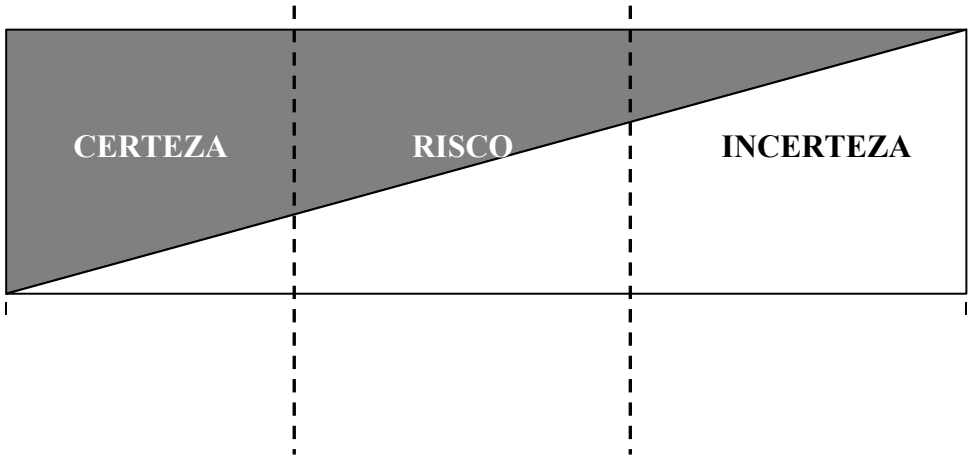
1 Um problema pode ser definido como uma discrepância entre o que é (a realidade) e o que poderia ou deveria ser (valores, metas, objectivos) (Audy *et al*, 2000).

2 Nesta condição surge um novo conceito, o de probabilidade. A probabilidade não é mais do que a percentagem de vezes que um resultado específico ocorre, se um indivíduo tomar uma determinada decisão um grande número de vezes (Freitas, 2000).

de relativa certeza) até ao extremo oposto (uma solução invulgar e ambígua, de nenhuma certeza). Mas o tipo, a quantidade e a fiabilidade da informação influenciam o nível de risco e o facto de quem toma a decisão poder estar a utilizar probabilidades objectivas ou subjectivas na estimação do resultado. Assim sendo, o que é afinal a probabilidade objectiva e subjectiva? A probabilidade de um resultado específico ocorrer, baseado em factos difíceis e números, é conhecida como probabilidade objectiva. Contrariamente, a probabilidade de um resultado específico ocorrer baseada em julgamentos e convicções pessoais constitui a probabilidade subjectiva. Segundo Dent *et al* (1986), este é o ponto onde nos deparamos, ainda, com problemas estruturados e variáveis conhecidas mas a relação entre a consequência e a acção (resultados) é apenas conhecida em termos probabilísticos. Estamos, assim, ao nível das decisões adaptativas as quais reflectem escolhas feitas como resposta a uma combinação entre problemas moderadamente incomuns e problemas e soluções alternativas parcialmente conhecidas. As decisões adaptativas envolvem, frequentemente, modificações e melhorias de decisões e práticas rotineiras anteriores. Ao tentarmos localizar este tipo de decisão nas estruturas organizacionais, seremos conduzidos aos níveis intermédio (táctico) e institucional (estratégico ou de topo) (Freitas, 2000; Brilman, 2000).

**A INCERTEZA E A INOVAÇÃO.** Sob a condição de incerteza, os indivíduos não têm a informação necessária para atribuir probabilidades aos resultados das soluções alternativas. De facto, os indivíduos podem não ser capazes de definir o problema e, menos ainda, identificar soluções alternativas e possíveis resultados. Estamos, segundo Dent *et al* 1986, perante uma imensidão de problemas não estruturados, onde o desconhecimento das variáveis é quase total. A incerteza sugere, frequentemente, que, tanto o problema, como as soluções alternativas são ambíguos e altamente incomuns. As organizações enfrentam esta condição de incerteza e de complexidade, por exemplo, quando entram em novos mercados, lançam produtos significativamente diferentes que requerem o uso de novas tecnologias, ou actuam em sectores altamente imprevisíveis, como é o caso do sector da saúde. Estas são, normalmente, escolhas baseadas na descoberta, identificação e diagnóstico de problemas incomuns ou ambíguos e/ou baseados no desenvolvimento de soluções alternativas, únicas, ou criativas. As soluções envolvem, frequentemente, uma série de decisões pequenas e interrelacionadas feitas ao longo de um período de meses ou anos. É o domínio completo das decisões inovadoras, dinâmicas, associadas à alta incerteza e consequentemente não programadas. Em particular, as inovações consideradas de "ponta" podem demorar anos a serem desenvolvidas e envolvem numerosos especialistas e equipas profissionais. Pelo facto de estas decisões inovadoras representarem uma mudança radical relativamente ao passado, normalmente, não acontecem numa sequência lógica ou ordenada de melhorias sucessivas (Audy *et al,* 2000). Uma vez mais, ao tentarmos localizar este tipo de decisão nas estruturas organizacionais, deparamos com a esfera de actuação das chefias de topo ou intermédias (Pfeffer, 1994; Brilman, 2000).

Figura 2: Grau de (in)certeza no processo de decisão, em contexto de risco e de soluções



| | | |
|---|---|---|
| Situação de alta certeza | Situação de risco | Situação de alta incerteza |
| Não sujeitas a interpretação | Sujeitas a um grau de interpretação | Sujeitas a uma interpretação |
| Probabilidades objectivas | Probabilidades intermédias | Probabilidades subjectivas |
| Problemas bem estruturados | Problemas estruturados | Problemas não estruturado |
| Decisões rotineiras | Decisões intermédias | Decisões inovadoras |
| Decisões programadas | Decisões adaptativas | Decisões não programadas |

De facto, o conceito de melhorias sucessivas é a chave para uma gestão total baseada na qualidade. Estas melhorias sucessivas envolvem fluxos de decisões adaptativas elaboradas com o decorrer dos tempos numa organização, e que resultaram num número grande de pequenas melhorias incrementais, ano após ano, ou período após período. Requerem, também, um compromisso com base num diagnóstico constante aos processos e práticas organizacionais na procura das mesmas. Tal compromisso implica, no entanto, uma actualização contínua da informação e, eventualmente, da formação. O objectivo destas melhorias sequenciais é providenciar melhor qualidade, melhorar a eficiência e ser compreensível para com os clientes/utentes. Tipicamente, estas melhorias servem para proporcionar ao cliente/utente um valor agregado através de novos produtos e serviços melhorados; reduzir erros, defeitos e desperdícios; aumentar as responsabilidades sobre as mudanças e expectativas do cliente/utente e elevar a produtividade e eficiência no uso de todos os recursos. Para tal, contribuem, muitas vezes, as informações produzidas pelas decisões rotineiras que, ao fornecerem informação às decisões adaptativas, dão origem a novos conhecimentos, isto é, à inovação.

Voltando ao caso específico do sector da saúde, e pela dinâmica e carácter de imprevisibilidade em que actuam os seus profissionais, acontece muitas vezes, nas unidades hospitalares, serem executadas decisões não programadas em que os dados disponíveis no momento não são os mais adequados (Neves, 2002). É tendo presente esta realidade e todo o referencial teórico, inerente a esta problemática, que se nos colocam, de imediato, duas questões fundamentais à compreensão/entendimento do processo de decisão nas unidades hospitalares: qual o sentimento que os técnicos decisores hospitalares sentem sobre o seu envolvimento nos processos de decisão das suas organizações? Qual o tipo de decisão que comummente se toma ou executa a nível hospitalar?

## A PERCEPÇÃO DO DECISOR HOSPITALAR SOBRE O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

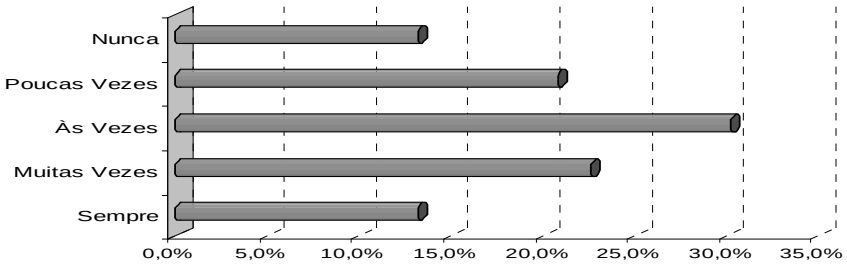
O estudo, em causa, contou com a participação de 53 decisores hospitalares, distribuídos pelos três níveis organizacionais; estratégico, táctico, e operacional. Os inquéritos, presenciais, foram realizados no período entre Outubro de 2002 e Setembro de 2003.

Com base no referencial teórico foram, por nós, estabelecidas quatro dimensões de análise ao processo de tomada de decisão hospitalar: o envolvimento do técnico decisor no processo de tomada de decisão hospitalar; o planeamento ou formulação da decisão hospitalar; a execução ou implementação da decisão nestas organizações hospitalares e, por último, os processos e práticas de avaliação às decisões executadas ou implementadas nestas organizações. Foram estas dimensões que ancoraram 253 variáveis constantes do guião dos inquéritos/entrevistas. Apesar do estudo conter as dimensões referidas anteriormente, serão apenas objecto de análise desta comunicação o tipo de decisão praticado na maioria destas organizações e a primeira dimensão; o envolvimento do técnico decisor no processo de tomada de decisão hospitalar.

Os dados obtidos foram tratados através do *package* estatístico SPSS. Para além da análise exploratória inicial foram ainda realizadas, sempre que necessário, análises factoriais aos grupos de variáveis constantes em cada uma das dimensões pré-definidas. Para avaliar a homogeneidade de respostas dentro de cada um dos grupos de decisores (chefias de topo, intermédias e de base) foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*.

Tendo por objectivo a análise do nível de participação, foi formulada a questão "Costuma participar com a sua opinião no processo de tomada de decisão no hospital?", tendo-se solicitado aos inquiridos/entrevistados que assinalassem a sua resposta na escala ordinal – sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes, nunca (Figura 3).

Figura 3: Nível de participação dos decisores hospitalares no processo de tomada de decisão

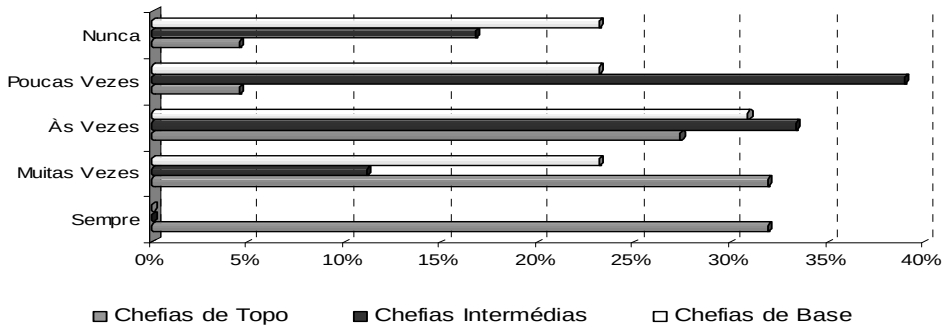



Quando questionados directamente sobre se costumam participar no processo de tomada de decisão, os técnicos respondem sempre, em 13,2% dos casos; muitas vezes, em 22,6%; às vezes, em 20,8% e nunca, em 13,2%. A tendência média de resposta dos nossos inquiridos situa-se, assim, na opção "às Vezes".

Tentando perceber este sentimento por parte dos técnicos decisores referente à sua participação no processo de tomada de decisão, procedemos à mesma análise mas, agora, por grupos de decisão (Figura 4). O grupo das chefias de topo é o único que afirma participar Sempre (31,8%) no processo. No entanto, encontramos, também, neste grupo, indivíduos que afirmam não participar Nunca (4,5%). Apesar de ser uma percentagem mínima o grupo das chefias intermédias (16,7%) e o das chefias de base (23,1%), sentem, ainda, que não participam no processo de tomada de decisão hospitalar.

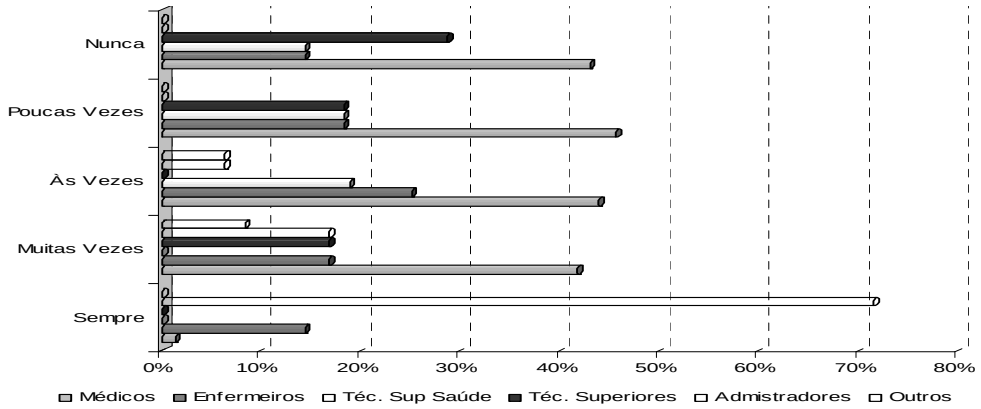
Se somarmos as duas últimas categorias de resposta, "participa poucas vezes" e "nunca participa", vemos que o sentimento da não participação no processo de tomada de decisão por parte destes técnicos decisores é muito grande, com maior expressão nos grupos das chefias intermédias (55,6%) e das chefias de base (46,2%) do que no grupo das chefias de topo (9%). Tal facto, quando analisado apenas nesta vertente, leva-nos a pressupor que, provavelmente, estamos perante um processo de tomada de decisão muito pouco participativo. Tentaremos ver, através das questões seguintes, se o pressuposto se confirma.

Figura 4: Nível de participação dos técnicos hospitalares no processo de tomada de decisão por grupos de chefias




Se tentarmos desdobrar um pouco mais esta informação, agora por grupo profissional (Figura 5), verificamos que os "Administradores/Gestores", como é natural, apresentam o maior nível de participação no processo de tomada de decisão. É este grupo que apresenta maior homogeneidade na sua resposta, com 71,4% dos inquiridos a referir participarem "sempre" no processo. Não surgem, neste nível de resposta, nem os "Técnicos Superiores de Saúde", nem os "Técnicos Superiores", ou os "Outros". Já na classificação "muitas vezes", em primeiro lugar surge o grupo dos "Médicos", com 41,7% das respostas, seguindo-se os grupos dos "Enfermeiros", dos "Técnicos Superiores de Saúde" e dos "Técnicos Superiores", com 16,7% das respostas, em cada um. O grupo "Outros" surge, nesta classificação, apenas com 8,3% de respostas. Podemos, ainda, ver que são os "Médicos" (42,9%), os "Enfermeiros" (14,3%), os "Técnicos Superiores de Saúde" (14,3%) e os "Técnicos Superiores" aqueles que afirmam não participar "nunca" no processo de tomada de decisão.

Figura 5: Nível de participação dos técnicos no processo de tomada de decisão por grupo profissional




Este sentimento de não participação levou-nos, de imediato, à análise das suas diversas componentes e de forma mais aprofundada. Começamos por analisar os resultados afirmativos (sim participo), a um grupo de questões, para o total dos inquiridos. De seguida, procedemos da mesma forma mas, agora, por grupos de chefias, ou seja, procuramos determinar, do total dos que respondem participar, quantos pertencem ao grupo das chefias de topo, quantos às chefias intermédias e quantos às chefias de base. Os resultados são os expressos no Quadro 2.

Da análise global às respostas dos técnicos, verifica-se que todas as tarefas, aqui expressas, obtêm um nível de participação, por parte destes decisores, superior a 50%, à excepção das decisões sobre a diminuição do número de serviços e/ou especialidades (44,4%) e das decisões sobre a distribuição (afectação) dos recursos financeiros face aos objectivos a alcançar (42,2%).

As decisões estratégicas (1-5 do quadro) atingem um nível de participação, por parte das chefias de topo, superior a 60%, à excepção das decisões sobre a compra de equipamento técnico altamente especializado e dispendioso. Quanto às decisões tácticas, (6-10 do quadro) – aquelas que deveriam obter maior nível de resposta por parte das chefias intermédias – verifica-se que continuam a ser as chefias de topo as que dizem participar neste tipo de decisão em maior percentagem. As chefias de topo apresentam, nesta dimensão, e em todas as decisões, percentagens de participação superiores a 50%, enquanto que as chefias intermédias apresentam percentagens de participação que variam entre os 12% e os 34,3%, ficando, assim, muito aquém do que seria esperado. Nas decisões operacionais (11-16 do quadro), as percentagens de resposta das chefias intermédias (> 30% para todas as tarefas) aproximam-se das chefias de topo (> 40% para todas as tarefas). No entanto, e contrariamente ao que seria de esperar, são as chefias de base, aquelas que referem participar nestas decisões em menor percentagem, variando as mesmas entre os 14,9% e os 22,5% (dependendo das tarefas).

Quadro 2: Tipo de decisão em que costuma participar por grupos de chefias e no global

| **Tipo de decisão em que costuma participar** | **Global Inquiridos** | **Grupos de Chefias** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ***Topo*** | ***Intermédias*** | ***Base*** |
| 1. Nas decisões de instalação de novos serviços e/ou especialidades no hospital | 51,1% | 78,3% | 8,7% | 13,0% |
| 2. Nas decisões de diminuição do número de serviços e/ou especialidades existentes no hospital | **44,4%** | 75,0% | 15,0% | 10,0% |
| 3. Nas decisões de ampliação de serviços e/ou especialidades existentes no hospital | 62,2% | 64,3% | 21,4% | 14,3% |
| 4. Nas decisões de redução das instalações, equipamentos, pessoal, dos serviços do hospital | 51,1% | 69,6% | 17,4% | 13,0% |
| 5. Nas decisões de compra de equipamento técnico altamente especializado e dispendioso | 75,6% | **50,0%** | 32,4% | 17,6% |
| 6. Nas decisões de aprovação de normas internas sobre o funcionamento dos serviços do hospital | 73,3% | 57,6% | 30,3% | 12,1% |
| 7. Nas decisões sobre a forma de aplicar, no hospital, as normas legais aprovadas pelos órgãos do SNS[3] | 55,6% | 68,0% | **12,0%** | 20,0% |
| 8. Nas decisões sobre a forma de articulação das actividades dos diferentes serviços | 77,8% | 54,3% | **34,3%** | 11,4% |
| 9. Nas decisões sobre as necessidades de recursos humanos para realizar as actividades programadas | 66,7% | 63,3% | 26,7% | 10,0% |
| 10. Nas decisões sobre a distribuição de recursos financeiros face aos objectivos a alcançar | **42,2%** | 68,4% | 15,8% | 15,8% |
| 11. Nas decisões sobre o arranjo ou manutenção do equipamento técnico existente no seu serviço | 86,7% | 43,6% | 35,9% | 20,5% |
| 12. Nas decisões sobre manutenção das instalações do seu serviço (pintura, recuperação de materiais,...) | 88,9% | 42,5% | 35,0% | **22,5%** |
| 13. Nas decisões quanto ao local onde são colocados os equipamentos na sua unidade de trabalho | 84,4% | 47,4% | 34,2% | 18,4% |
| 14. Nas decisões sobre a realização de horários de trabalho, planos de férias do serviço | 91,1% | 43,9% | 36,6% | 19,5% |
| 15. Nas decisões sobre a realização do diagnóstico, a execução terapêutica e de medidas de conforto, relativamente aos utentes do serviço onde exerce a sua actividade | 75,6% | 44,1% | 41,2% | **14,7%** |

Com a pretensão de um maior e melhor esclarecimento sobre o envolvimento, ou não, dos técnicos decisores hospitalares no processo de tomada de decisão nas suas instituições, optamos por recorrer à análise factorial (mesmo cientes de que iríamos perder alguma informação, com a utilização desta técnica, optamos por

3 Serviço Nacional de Saúde (SNS)

a realizar) tentando, desta forma, a identificação de outros grupos (níveis) de decisões que não aqueles que estão teoricamente instituídos (decisões estratégicas, tácticas e operacionais).

Os resultados obtidos surgem expressos no Quadro 3, onde se apresentam os quatro factores encontrados que explicam 69,73% da variância total das respostas. Tais factores, após a análise de cada um dos itens que os compõem, foram, por nós, denominados da seguinte forma: Decisões Estratégicas; Decisões Operacionais; Decisões Tácticas e Outras Decisões Específicas.

Quadro 3: Níveis da decisão

| **Factores** | **Peso Factorial**[4] | **Variância Explicada** |
|---|---|---|
| **Factor 01: Decisões Estratégicas** | | **28,13** |
| Nas decisões de instalação de novos serviços e/ou especialidades | 0,919 | |
| Nas decisões de diminuição do número de serviços e/ou especialidades existentes no hospital | 0,860 | |
| Nas decisões de ampliação de serviços e/ou especialidades | 0,858 | |
| Nas decisões de redução das instalações, equipamentos, pessoal dos serviços | 0,743 | |
| Nas decisões sobre a distribuição de recursos financeiros face aos objectivos a alcançar | 0,631 | |
| Nas decisões sobre as necessidades de recursos humanos para realizar as actividades programadas | 0,554 | |
| **Factor 02: Decisões Operacionais** | | **15,23** |
| Nas decisões sobre a manutenção das instalações do seu serviço | 0,851 | |
| Nas decisões sobre o arranjo ou manutenção do equipamento técnico existente no seu serviço | 0,785 | |
| Nas decisões quanto ao local onde são colocados os equipamentos na sua unidade de trabalho | 0,699 | |
| **Factor 03: Decisões Tácticas** | | **13,12** |
| Nas decisões de aprovação de normas internas sobre o funcionamento dos serviços | 0,747 | |
| Nas decisões de realização de diagnóstico, execução terapêutica, medidas de conforto dos utentes | 0,620 | |
| Nas decisões sobre a realização de horários de trabalho, planos de férias, ..., do serviço | 0,563 | |
| Nas decisões sobre a forma de aplicar no hospital as normas legais aprovadas pelo SNS | 0,483 | |
| **Factor 04: Outras Decisões Específicas** | | **13,12** |
| Nas decisões de compra de equipamento técnico altamente especializado e dispendioso | 0,837 | |
| Nas decisões sobre a forma de articulação das actividades dos diferentes serviços | 0,606 | |

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO[5] = 0,631; $\chi^2$ = 354; df = 105; sig. = 0,000.

Refira-se, ainda, em relação aos factores, que os três primeiros já eram por nós esperados, uma vez que todos os nossos entrevistados ocupam um cargo de chefia (chefias de topo, intermédias ou de base) dentro da instituição. Contávamos, como tal, com três grupos de decisões: estratégicas, tácticas e operacionais. Não contávamos, no entanto, com o quarto factor, ao qual chamamos "Outras Decisões Específicas". No entanto, se repararmos, este factor é composto por decisões (classificadas teoricamente como estratégicas) muito específicas ao nível do serviço hospitalar, daí que tenham transitado para um factor independente. Apesar de se tratarem de decisões estratégicas (teoricamente) são os operacionais, muitas vezes, quem tem de se prenunciar sobre este tipo de decisão, uma vez que a definição do acto médico assim o recomenda.

Uma vez identificados os factores, resta-nos averiguar se existem, ou não, dentro dos mesmos, diferenças que nos possam levar a concluir que os três grupos de decisores responderam de forma diferente, ou não, à questão. Procedemos, para tal, à realização do teste *Kruskal-Wallis*[6] para análise à tendência central das respostas (dos três grupos de decisores dentro de cada factor), o qual pode ser observado no Quadro 4.

De acordo com o teste de *Kruskal-Wallis* não rejeitamos a $H_0$ ($H_0$: As distribuições de resposta, por

4 A este campo retirámos as variáveis com pesos factoriais (em valor absoluto) inferiores a 0,5. No entanto, e dada a relevância teórica de algumas delas resolvemos manter as que se apresentaram com valor superior a 0,4.

5 KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*.

6 Fazendo recurso ao *package* estatístico *SPSS*.

parte de cada um dos grupos de chefias, dentro dos factores são iguais em tendência central) para o factor dois ($\chi^2_{(2)}$ = 0,139; p = 0,933), para o factor três ($\chi^2_{(3)}$ = 2,895; p = 0,235) e para o factor quatro ($\chi^2_{(4)}$ = 0,224; p = 0,894), relativamente aos quais o *p-value* está associado a uma probabilidade de significância superior a 5% com 2 graus de liberdade (df) respectivamente. O mesmo procedimento não é, no entanto, válido para o factor um, onde ao valor do teste está associado a uma probabilidade de significância de 0,1% ($\chi^2$ = 14,721 e df = 2), obrigando-nos a rejeitar a hipótese nula, pois existem diferenças significativas nas respostas dadas pelos três grupos às questões que formam o factor um. Desta forma, e caso fosse nosso intuito, deveríamos averiguar tais diferenças, procedendo, para tal, a uma análise ainda mais detalhada às respostas dadas pelos respondentes a estas questões, através da Análise de Comparação Múltipla de Medianas[7]. No entanto, olhando para a análise exploratória (descritiva) da questão em causa, verificamos, que as chefias de topo contribuem, significativamente, para esta diferença, uma vez que o seu valor no *rank* das médias é muito superior ao dos outros dois grupos.

Quadro 4: Resultados do teste de *Kruskal-Wallis* para a localização das decisões

| Factores | Grupo de Chefias (E,T,O) | N | *Rank* Médio | Estatísticas do Teste |
|---|---|---|---|---|
| **Factor 1** | - Chefias de Topo<br>- Chefias Intermédias<br>- Chefias de Base | 20<br>14<br>9 | 29,80<br>14,39<br>16,50 | $\chi^2$ = 14,721<br>Df 2<br>Sig. 0,001 |
| **Factor 2** | - Chefias de Topo<br>- Chefias Intermédias<br>- Chefias de Base | 20<br>14<br>9 | 22,15<br>21,11<br>23,06 | $\chi^2$ = 0,139<br>Df 2<br>Sig. 0,933 |
| **Factor 3** | - Chefias de Topo<br>- Chefias Intermédias<br>- Chefias de Base | 20<br>14<br>9 | 24,45<br>22,39<br>15,94 | $\chi^2$ = 2,895<br>Df 2<br>Sig. 0,235 |
| **Factor 4** | - Chefias de Topo<br>- Chefias Intermédias<br>- Chefias de Base | 20<br>14<br>9 | 21,85<br>23,11<br>20,61 | $\chi^2$ = 0,224<br>Df 2<br>Sig. 0,894 |

Por todas as análises efectuadas, podemos concluir que os técnicos entrevistados se encontram, de alguma forma, envolvidos no processo de tomada de decisão hospitalar (apesar da sua não percepção) aos mais diversos níveis. É de destacar, nesta análise, o surgimento (constituição) de um quarto factor, para além dos três níveis instituídos teoricamente (chefias de topo/decisão estratégica, chefias intermédias/decisões tácticas, chefias de base/decisões operacionais), composto por variáveis pertencentes, teoricamente, às decisões estratégicas, mas, neste caso concreto, altamente relacionadas com a especificidade do nível operacional em causa.

A forma como as decisões são tomadas nas respectivas organizações foi outra das questões que colocamos aos nossos decisores. A tendência central de resposta dos inquiridos, como um todo, a esta questão é de "Muitas Vezes", para as hipóteses "É por meio de negociação entre os diferentes interessados, É por decisão tomada exclusivamente pela Administração ou pelas chefias superiores, É resultante de um processo de estudo e planeamento atempado; "Às Vezes", para a hipótese "É por sugestão ou decisão dos Órgãos do SNS"; "Por Vezes", para a hipótese "É por reivindicações organizadas, ou não, pelos recursos humanos actuantes no hospital" e; "Nunca", para a hipótese "É por sugestão ou influência de personalidades públicas".

7 Para um maior desenvolvimento sobre está matéria veja-se, por exemplo, Maroco e Bispo (2003: 245-249) "Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas", Manuais Universitários 27, Lisboa: Climepsi Editores.

Quanto à análise por grupos de chefias, os resultados foram os seguintes: as Chefias de Topo estão em sintonia com a análise geral à excepção da hipótese "É por sugestão ou decisão dos Órgãos do SNS" para a qual, este grupo de decisão, apresenta uma mediana de 4, isto é, atribui a esta hipótese o valor "Por Vezes". As Chefias Intermédias dizem que a decisão hospitalar tem por base "Muitas Vezes", "a decisão tomada exclusivamente pela Administração ou pelas chefias superiores"; "Às Vezes", "É por meio de negociação entre os diferentes interessados ou é por sugestão ou decisão dos Órgãos do SNS ou pode, ainda, ser resultante de um processo de estudo e planeamento atempado" e; "Poucas Vezes" "É por reivindicações organizadas, ou não, pelos recursos humanos actuantes no hospital ou é por sugestão ou influência de personalidades públicas". As Chefias de Base têm, sobre esta questão, a opinião de que as decisões, nos seus hospitais, têm por base "Muitas Vezes", "a negociação entre os diferentes interessados, a tomada de decisão exclusivamente pela Administração ou pelas chefias superiores ou é resultante de um processo de estudo e planeamento atempado"; "Às Vezes", pode surgir "por reivindicações organizadas, ou não, pelos recursos humanos actuantes no hospital"; "Poucas Vezes", "é por sugestão ou decisão dos Órgãos do SNS" e; "Nunca" "é por sugestão ou influência de personalidades públicas".

Uma vez mais e após a análise descritiva procedemos à análise factorial. No quadro seguinte, apresentam-se os três factores encontrados, que explicam 71,5% da variância das respostas:

Quadro 5: Tipos de decisões

| **Factores** | **Peso Factorial** | **Variância Explicada** |
|---|---|---|
| **Factor 01: Decisões Planeadas** | | **29,52** |
| É por sugestão ou influência de personalidades públicas | 0,834 | |
| É resultante de um processo de estudo atempado | 0,800 | |
| É por sugestão ou decisão dos órgãos do SNS | 0,628 | |
| **Factor 02: Decisões Negociadas** | | **23,36** |
| É por decisão tomada exclusivamente pela administração ou pelas chefias superiores do hospital | 0,806 | |
| É por meio de negociação entre os diferentes interessados | 0,795 | |
| **Factor 03: Decisões resultantes de Reivindicações** | | **18,60** |
| É por meio de reivindicações organizadas, ou não, dos recursos humanos actuantes no hospital | 0,891 | |

Método de extracção: Análise das Componentes Principais. KMO = 0,516; $\chi^2$ = 34,6; df = 15; sig. = 0,003.

Verificamos que ao nível dos factores nos surgem três e não dois como era de esperar inicialmente, tendo por base as referências teóricas. Para além do grupo das decisões planeadas e do das negociadas, surge-nos, ainda, um terceiro grupo não renomeado por nós, onde se encontra apenas a variável "É por reivindicações organizadas, ou não, dos recursos humanos actuantes no hospital".

Quanto ao teste de *Kruskal-Wallis,* os resultados mostram que não devemos rejeitar $H_0$ para nenhum dos factores, ou seja, devemos aceitar que a tendência das respostas ($\chi^2_{(1)}$ = 4,645; p = 0,098; $\chi^2_{(2)}$ = 1,302; p = 0,522; $\chi^2_{(3)}$ = 0,847; p = 0,655), é igual para os três grupos de decisão, dentro dos três factores.

Somos, assim, levados a aceitar que, na opinião dos nossos respondentes, existem três tipos de decisões hospitalares: as planeadas, as negociadas e, ainda, as que são oriundas de um processo de reivindicações organizadas, ou não, dos recursos humanos actuantes no hospital.

## AO ENCONTRO DE TRÊS (DES)ENCONTROS

Urge, hoje, uma convergência total das opiniões académicas relativas ao processo de decisão pois as contribuições mais recentes – baseadas em trabalhos empíricos em diferentes ramos de actividade – têm demonstrado que o processo é, de facto, muito mais complexo do que pensávamos há 40 anos atrás, quando Simon desenvolvia a primeira geração de conceitos sobre esta matéria. Hoje sabemos que o processo de decisão é condicionado pelas características não só dos ambientes da organização e da sua cultura organizacional mas, acima de tudo, do perfil – não apenas psicológico, mas também formativo e até político – dos vários tipos de profissionais envolvidos. Para melhor compreender o complexo universo organizacional e decisional do sector da saúde, onde os diversos *stakeholders* actuam, muitas vezes em simultâneo, como prestadores, utentes e, ainda, empresários, é necessário aprofundar, ainda mais, os estudos sobre o tema. A análise proporcionada nesta comunicação, representa uma contribuição modesta neste sentido.

Tendo presente a actual complexidade das organizações de saúde e a responsabilidade dos seus decisores sobre a "direcção" a tomar sobre os recursos financeiros, materiais e humanos envolvidos, a figura dos decisores destaca-se como primordial neste processo. Em primeiro lugar, deste estudo emergiu uma categoria de decisores, não instituída teoricamente. Ocupando todos estes profissionais, objectivamente, um cargo de decisão, não se revêem no desempenho do mesmo. Este foi, provavelmente, o primeiro 'desencontro' por nós detectado. Mais especificamente, quando questionados directamente se participam, ou não, no processo de tomada de decisão hospitalar, a sua resposta é "não".

Em segundo lugar, face à avalanche de informação diária, à enorme panóplia de recursos tecnológicos disponíveis, e às novas e permanentes necessidades por parte dos utentes/clientes, lidar com problemas tão complexos requer, acima de tudo, discernimento sobre a periodização, priorização e orçamentação. Aqui surge um segundo 'desencontro': existem realmente problemas específicos do sector da saúde que levam à institucionalização de *mais um tipo de decisão* e, consequentemente, *mais um nível de decisão*, do que aquilo que está teoricamente instituído. Efectivamente, há problemas e decisões que, aparentemente, seriam classificadas como pertencentes ao nível *estratégico*, mas que, na realidade, fazem parte da esfera *operacional*. Refira-se, a título de exemplo, e nas próprias palavras da maioria, as "decisões de compra de equipamento técnico altamente especializado e dispendioso" e as "decisões sobre a forma de articulação das actividades dos diferentes serviços".

Finalmente, exercer o poder requer ainda mais. Requer, no que diz respeito à formação de todos os quadros da organização hospitalar, novas competências, novas autonomias e, ainda, novas auditorias. Exige do decisor a capacidade de se relacionar com todos os níveis e conseguir a sua cooperação face aos objectivos da organização, para além da necessidade de auto-conhecimento (formação e informação) e controle sobre os próprios impulsos. Neste sentido estamos perante o terceiro 'desencontro', nomeadamente a existência de um terceiro tipo de decisão – as decisões reivindicadas. Segundo a maioria dos respondentes, a decisão é efectivada, muitas vezes, "por meio de reivindicações quer organizadas, quer individuais, dos profissionais actuantes no hospital".

Muito mais do que respostas e conclusões, esta comunicação teve como pretensão propor uma reflexão sobre as reais variáveis envolvidas no processo de decisão. Partimos para esta investigação com a percepção de que o quadro normativo, em matéria de decisão hospitalar, era bastante complexo e burocrático e que, de alguma forma, não seguia, na íntegra, as teorias e os modelos instituídos teoricamente. Dada a escassez de estudos

pormenorizados nesta área, fomos levados, de imediato, à colocação das seguintes questões: como se processam as decisões hospitalares? Qual o modelo teórico que mais se aproxima de tais decisões? Quais as directivas mais emergentes no sentido de fazer convergir as práticas e os processos hospitalares com uma conceitualização mais apurada do processo de decisão? Será que o melhoramento da informação disponível e da formação ministrada constitui a via mais apropriada para a aproximação dos desencontros identificados no presente estudo?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ansoff, H. (1977), Estratégia Empresarial, São Paulo: Mc Graw-Hill

Audy, J.; Lederer, A.; Bratcher, A. (2000), "Princípios da aprendizagem organizacional aplicados ao planejamento de sistemas de informação: um estudo exploratório", Anais do XXIV Congresso da ANPAD, Costão do Santinho: SC.

Brilman, J. (2000), As Melhores Práticas de Gestão no Centro do Desempenho, Lisboa: Edições Sílabo.

Chiavenato, I. (2000), Teoria Geral da Administração, Rio de Janeiro: Campus.

Dent, J.; Harrison, S.; Woodford, K. (1986), Farm Planning With Linear Programming: Concept and Practice, London: Butterworths.

Douglas, C. (1986), The Impact of Credit Policies on Small Farm Organisation and Growth: a Case Study of Jamaican Farmers, Armidale: Agricultural Economics. Department of Agricultural Economics and Business Management Univers, ariality of New England (Bulletin, 31).

Freitas, H; Janissek, R. (2000), Análise Lexical e Análise de Conteúdo: Técnicas Sequenciais, Recorrentes e Complementares Para Análise de Dados Qualitativos, Porto Alegre: Sphinx Consultoria.

Gerry, C.; Nogueira, F. (2000), "Reflexões Acerca da Aplicabilidade à Administração Pública de Inovações Recentes na Gestão de Empresas Privadas", 2º Encontro INA – Moderna Gestão Pública – Dos Meios aos Resultados, Lisboa: Fundação Gulbenkian.

Jacobsen, B. (1994), "Farmer's decision making behaviour: empirical findings from Denmark", in Jacobsen, B.; Pedersen, D.; Christtensen, J.; Rasmussen, S. (edS.), Farmer's Decision Making - A Descriptive Approach, Kopenhagen: Proceedings from the 38th EAAE Seminar, pp. 77-89.

Kroenke, D. (1992), The Value Added by Information System, in Management Information System, Nova Iorque: McGrawHill.

Maroco, J.; Bispo, R. (2003), Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas, Manuais Universitários, 27, Lisboa: Climepsi Editores.

Marques, J. (2000), "Processos de Tomada de Decisão", ConferForum As Emoções e a Tomada de Decisão, Lisboa: ConferForum.

McGregor, M.; Willock, J.; Deary, I. (1995), "Farmer stress", Farm Management, London, vol. 9 (2), pp. 57-65.

McGregor, M.; Willock, J.; Dent, J.; Deary, I.; Sutherland, A.; Gibson, G.; Morgan, O.; Grieve, B. (1996), "Links between psychological factors and farmer decision making", Farm Management, vol. 9 (5), pp. 228-239.

Neves, A. (2002), Gestão na Administração Pública, Cascais: Pergaminho.

Pfeffer, J. (1994), Gerir com Poder. Políticas e Influências nas Organizações, Venda Nova: Bertrand.

Simon, H. (1965), Comportamento Administrativo, Rio de Janeiro: USAID.

Sipiläinen, T. (1994), "Empirical findings on farmers' decision making in long-term investments", in Jacobsen, B.; Pedersen, D.; Christtensen, J.; Rasmussen, S. (eds.), Farmer's Decision Making - A Descriptive Approach, Kopenhagen: Proceedings from the 38th EAAE Seminar, pp. 91-102.

Sutherland, A.; McGregor, M.; Dent, J.; Wilock, J.; Deary, I.; Gibson, G.; Grieve, R.; Morgan, O. (1996), "Edinburgh farmer decision making study: elements important to the farmer", in Beers, G.; Huirne, R.; Pruis, H. (eds.), Farmers in Small-Scale and Large-Scale Farming in a New Perspective: Objectives, Decisions Making and Information Requirements, Proceedings of 43th EAAE Seminar, pp. 162-171.

Weber, E. (1994), "Behavioural decision theory: insights and applications", in Jacobsen, B.; Pedersen, D.; Christtensen, J.; Rasmussen, S. (eds.), Farmer's Decision Making - A Descriptive Approach, Kopenhagen: Proceedings from the 38th EAAE Seminar, pp. 13-29.

Willock, J.; Deary, I.; McGregor, M.; Sutherland, A.; Dent, B.; Greive, R. (1994), "Decision-making on family farms", in Jacobsen, B.; Pedersen, D.; Christtensen, J.; Rasmussen, S. (eds.), Farmer's Decision Making - A Descriptive Approach, Kopenhagen: Proceedings from the 38th EAAE Seminar, pp. 63-75.