

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ETICIDADE NA GESTÃO HOSPITALAR

VALIDATION OF THE QUESTIONNAIRE OF ETHICS IN HOSPITAL MANAGEMENT

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ETICIDAD EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Amélia Rego¹, Beatriz Araújo², Daniel Serrão³

Fecha de recepción: 04.07.13

Fecha de aceptación: 14.08.13

Resumo

Este estudo tem como objetivo avaliar as características psicométricas de fiabilidade e validade de constructo do Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar, com vista à disponibilização de um instrumento de medida multidimensional que permita avaliar os valores éticos subjacentes à gestão hospitalar.

O estudo é exploratório-descritivo, transversal de abordagem quantitativa, numa amostra de 252 profissionais de saúde com funções de gestão. Construímos e validamos um questionário na área da ética da gestão, baseados no paradigma da ética personalista. É composto por seis dimensões: custos e ética; ponderação ética; decisão ética; responsabilidade e qualidade; restrição económica e ética; e formas de limitar os custos na gestão de Unidades de Saúde.

Os resultados terão impacto na medida em que poderão otimizar padrões de atuação dos gestores consentâneos com a melhoria das práticas de gestão hospitalares, disponibilizando contributos capazes de ajudar a perceber que valores podem influenciar as decisões clínicas e de gestão.

Descritores: Ética; bioética; equidade em saúde; gestão hospitalar; gestor de saúde; validação.

¹ Investigadora Instituto de Bioética. Mestre em filosofia, especialização em bioética, Docente convidada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Bioética no Instituto de Bioética, GIB - Gabinete de Investigação de Bioética, Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa/Porto-Portugal. Contacto: acsilva@porto.ucp.pt; ameliarego52@gmail.com

² Doutor em Ciências de Enfermagem. Professora Associada convidada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Portugal. Contacto: barajujo@porto.ucp.pt

³ Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Professor no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, Portuguesa. GIB - Gabinete de Investigação de Bioética, Instituto de Bioética, Universidade Católica Portuguesa/Porto, sperraodaniel@gmail.com

Abstract

This study aims to evaluate the psychometric characteristics of reliability and validity of the Questionnaire of Ethics in Hospital Management, in view of the availability of a multidimensional measuring instrument, to assess the ethic values underlying hospital management.

This is an exploratory-descriptive study of cross-sectional quantitative approach, in a sample of 252 health professionals with managerial functions. We built and validated a questionnaire in the area of management ethics, based on the paradigm of personalist ethics. It consists of six dimensions: cost and ethics; ethical consideration, ethical decision making, responsibility and quality; economic and ethical constraint; and ways to limit costs in the management of health units.

The results will have an impact in a way that they may optimize performance standards of managers in line with the improvement of hospital management practices, providing inputs that will help understand which values may influence clinical and management decisions.

Descriptors – Ethics; Bioethics; equity in health; hospital administration; health manager; validity.

Resumen

Este estudio busca evaluar las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez de constructo del Cuestionario de la Ética en la Gestión Hospitalaria, con el fin de proporcionar un instrumento de medición multidimensional, para evaluar los valores éticos de la gestión de los hospitales.

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, transversal de enfoque cuantitativo, en una muestra de 252 profesionales de la salud con funciones de gestión. Se construyó y validó un cuestionario en el ámbito de la ética de la gestión, con base en el paradigma de la ética personalista. Consiste en seis dimensiones: el costo y la ética; la ponderación ética; toma de decisiones ética; responsabilidad y calidad; la restricción económica y la ética; y las maneras de limitar los costes en la gestión de los servicios de salud.

Los resultados tendrán un impacto para optimizar los estándares de desempeño de los administradores en línea con la mejora de las prácticas de gestión de los hospitales, para proporcionar información que puede ayudar a entender qué valores pueden influir en las decisiones clínicas y de gestión.

Descriptorios - La ética; bioética; equidad en salud; administración hospitalaria; gestor de salud; validación.

INTRODUÇÃO

Pesquisas feitas em bases de dados através da busca de artigos indexados demonstraram carência de artigos científicos relacionados com a ética da gestão em saúde. Com base no paradigma da ética personalista, julgou-se apropriado realizar uma pesquisa enquadrada num estudo em curso, no âmbito do doutoramento em Bioética, na qual pretendemos saber se o sistema de valores humanos e a ética dos gestores hospitalares influenciam a decisão nos hospitais, contribuindo, simultaneamente, para a identificação de um “Perfil de competências éticas para gerir Unidades de Saúde”.

A ética personalista apresenta a pessoa humana como o primeiro e o mais elevado de todos os valores, a qual prevalece sobre os interesses da ciência e mesmo da sociedade, sendo o ponto de referência moral. Por sua vez, a Convenção para a proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano, face às intervenções da Biologia e da Medicina, do Conselho da Europa, estabelece no seu Artigo 2º o primado do interesse e do bem do ser humano sobre o interesse da sociedade ou da ciência. De acordo com a antropologia filosófica, Sgreccia, bioeticista e grande defensor do personalismo concentrou o olhar no que significa o ser pessoa e considera o modelo personalista válido para “fundar a objetividade dos valores e das normas”⁽¹⁾.

Os gestores na saúde devem ser “pessoas capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões em qualquer situação” ⁽²⁾, tendo em consideração que as sociedades na sua complexidade já não se regem, como outrora, por um único sistema de valores, sendo mais pluralistas e relativistas. Existe uma relação entre a dimensão ética e a gestão no contexto dos cuidados de saúde, as quais se confrontam, algumas vezes, com interesses e objetivos divergentes. Hoje, mais do que nunca, a gestão está direcionada para o atingimento de resultados que agreguem valor à sociedade. Estamos perante novos paradigmas da gestão em saúde e os desafios do ponto de vista ético apontam para a necessidade constante de ponderação ética. É necessário, entre outros objetivos estratégicos, fomentar e tornar imperativo o princípio da responsabilidade na prestação de cuidados de saúde e na sua utilização, designadamente nas vertentes da ética, da deontologia, da adequação, da qualidade e da eficiência⁽³⁾.

A bioética é uma área que procura responder aos dilemas, sobretudo os que derivam dos

avanços da ciência e da tecnologia. Disponibiliza à gestão dos cuidados de saúde critérios basilares para que consiga promover o bem comum, respeitar cada pessoa e ultrapassar o paradigma economicista. Se bem que estejamos cientes de que a tarefa primordial da bioética é a consideração da biologia humana a fim de que a investigação não entre, ou não siga, por áreas eticamente comprometedoras da dignidade da pessoa humana⁽⁴⁾, gerir Unidades de Saúde com referência a valores éticos será determinante e constituirá meta também prioritária, pois a gestão é uma atividade transversal a todas as áreas de um hospital.

O presente estudo teve como objetivo avaliar as características psicométricas de fiabilidade e validade de constructo do *Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar* (QEGH) em profissionais de saúde com funções de gestão, tendo em vista a disponibilização de um instrumento de medida multidimensional, uma vez que não encontramos escalas ou outros instrumentos que permitam avaliar os valores éticos necessários para a gestão hospitalar.

MÉTODO

Este estudo é exploratório-descritivo, transversal de abordagem quantitativa na qual “são válidos os conhecimentos dos fenómenos que podem ser contados, medidos ou comprovados”⁽⁵⁾. Foi realizado em 252 profissionais de saúde com funções de gestão em Hospitais da Zona Norte de Portugal, com uma média de idades de 47,4 anos e um desvio padrão de 8,82 anos. O grupo profissional predominante com funções de gestão é o dos enfermeiros (42,5%), seguido dos médicos (22,2 %), administradores (9,9%) e de outros grupos socioprofissionais (25,4%). A amostra é maioritariamente do sexo feminino (63,1%); o seu perfil académico concentra-se essencialmente no grau de licenciatura (73,4%), possuindo 17,5% dos respondentes o grau de mestre, 1,6% o grau de doutor, 6,7% o ensino secundário e 0,8% indicou que possuía uma pós-graduação. A gestão de Serviço/Unidade de Cuidados é a área que absorve a maioria dos profissionais (50,8%); exercem a gestão hospitalar a nível de Departamento/Unidade de Gestão, 15,9%; em Conselho de Administração, 6,7% e em outras funções de coordenação de Áreas Técnicas e Administrativas, 26,6%. O modelo de gestão preponderante nos hospitais de origem dos respondentes é Entidade Pública Empresarial (EPE) com 61,1%; Parceria Público-Privada (PPP), 21,4%; do Setor Privado, 9,9%; e do Setor Social, 7,5%.

A validação do *Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar* (QEGH) foi realizada mediante dois processos diferentes, uma antes da aplicação do questionário e outra depois

de recolhidos os dados. Antes da aplicação do questionário, foi realizada uma validação semântica e de conteúdo deste com a intenção de excluir indicadores que pudessem ter mais do que uma interpretação. Para a realização desta validação semântica foram inquiridos profissionais que tinham passado recentemente à situação de aposentação e que tinham sido gestores de hospitais a nível do Conselho de Administração (Diretores Clínicos e Enfermeiros Diretores), bem como Enfermeiros Supervisores e Enfermeiros-Chefes, estando assim representados os três níveis de gestão institucional. Foram, ainda, consultados peritos da área da bioética e peritos na construção de escalas psicométricas, para adequação do conteúdo teórico referente às afirmações e para a definição operacional dos conceitos do modelo (validação de conteúdo). Foram introduzidas alterações de conteúdo, tendo por base as observações e sugestões daqueles especialistas.

Seguidamente foi realizado o pré-teste numa amostra constituída por 12 gestores, estando representados os três níveis de gestão (7 do nível estratégico, 1 do nível intermédio; e 4 do nível operacional), tendo-se verificado compreensão de todas as questões, pelos inquiridos, motivo pelo qual não houve necessidade de introduzir alterações ao QEGH. Estes sujeitos foram excluídos da amostra.

A aplicação do QEGH à amostra definitiva, constituída por gestores hospitalares, decorreu no período de Julho a Dezembro de 2011, após prévia autorização dos Conselhos de Administração das Instituições de Saúde, sob parecer favorável das respetivas Comissões de Ética.

Na recolha de dados utilizamos o *Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar*. Trata-se de um instrumento de autorrelato constituído por seis dimensões (custos e ética; ponderação ética; decisão ética; responsabilidade e qualidade; restrição económica e ética; e formas de limitar os custos na gestão de Unidades de Saúde) e por um total de 37 itens. Cada item é respondido numa escala tipo *Likert*, com 5 opções de resposta: (1) Nunca; (2) Poucas vezes; (3) Algumas vezes; (4) Frequentemente; e (5) Sempre.

Os dados foram analisados a partir do SPSS para Windows, versão 20.0.

RESULTADOS

Para avaliar a fidelidade ou consistência interna (precisão) do instrumento calculamos o coeficiente *Alpha de Cronbach* quer para cada item, quer para a globalidade dos itens.

Da análise da primeira versão do *Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar* (41 itens) da matriz de correlações entre os itens e o total da escala, podemos afirmar que foram obtidos índices altamente significativos ($p < .001$), à exceção dos itens 8 ($r = -.078$, $p = .215$) e 23 ($r = .166$, $p = .066$). Estes itens, para além de não mostrarem correlação significativa com o total da escala (valor não corrigido), revelam, na análise das correlações dos vários itens do QGEH, coeficientes bastante baixos e em alguns casos, valores que sendo significativos para $p < .01$ e $p < .05$, correlacionam-se negativamente com outros itens deste instrumento. Assim, decidiu-se pela eliminação daqueles itens. Os restantes itens apresentam correlações significativas entre si e com o total da escala.

Procuramos avaliar a consistência interna caso algum item fosse retirado da análise e verificamos que todos os itens apresentam correlações superiores a $.20^{(7)}$, à exceção dos itens 12 e 15, cujos valores são de $.038$ e $.065$, respetivamente. Decidimos, por isso, pela sua eliminação, tendo o valor de alfa da escala alterado de $.71$ para $.73$ e ficando a versão final do QEGH com 37 itens.

No Quadro I apresentamos os resultados da análise da consistência interna dos 37 itens *Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar* (QEGH). A par da média e do desvio-padrão, descrevemos a respetiva correlação do item com o total da sua escala de pertença (coeficiente corrigido) e também o valor do *alpha* da subescala se esse mesmo item fosse eliminado, considerando a amostra total ($n=252$).

Quadro I - Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens do *Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar* (QEGH)

Itens	Média	Desvio padrão	Correlação (corrigido)	Alpha se item for eliminado
1. Penso que os novos modelos de gestão para os hospitais trouxeram implicações para esta Unidade de saúde	3.90	.90	.25	.72
2. Os recursos disponíveis para as necessidades de saúde são limitados	3.75	.98	.37	.73
3. As recentes alterações introduzidas no Serviço Nacional de Saúde traduzem-se em ganhos efetivos para os seus	2.96	.84	.41	.72

utilizadores				
4. Face à escalada de custos com os cuidados de saúde não é possível assegurar a todos a igualdade de cuidados	3.0 1	1.18	.22	.73
5. A contenção de custos salvaguarda os princípios éticos e científicos subjacentes à minha função de gestor	3.6 7	1.10	.26	.72
6. A racionalização económica (contenção dos custos dos cuidados) e a qualidade do Serviço são compatíveis	3.6 1	.91	.44	.72
7.Existem conflitos entre os critérios de boas práticas profissionais e a distribuição de recursos	3.1 4	.97	.36	.75
8.Rentabilizar a capacidade instalada é uma exigência ética em saúde	4.5 1	.72	.27	.72
9.As "reformas" em curso (alterações/modificações), na saúde eram necessárias	3.8 8	.88	.32	.72
10.Penso que aumentar a participação dos cidadãos nos custos (responsabilização na aquisição dos cuidados de que precisam), é uma boa medida de gestão de recursos	3.7 7	1.04	.24	.72
11.Nesta Unidade de Saúde estão expressos, para conhecimento de todos os profissionais envolvidos, os critérios de admissão/alta dos doentes	3.3 9	1.31	.32	.72
12.Nesta Unidade de Saúde existe coerência entre missão e os valores e as práticas de gestão	3.7 0	.88	.53	.71
13.Perante uma dificuldade ética decido de acordo com a missão	4.0 2	.89	.25	.72
14.As decisões são influenciadas pelas diretivas legais	4.2 2	.68	.28	.72
15.As decisões são influenciadas pelas restrições orçamentais	3.5 2	.96	.29	.73
16.Está definido um plano de triagem para os casos em que as necessidades excedam os recursos financeiros, de equipamento e/ou humanos	2.6 8	1.22	.32	.72
17.Todos devem ter acesso a cuidados de saúde mesmo que	4.4	.84	.21	.72

sejam recursos complexos e dispendiosos	9			
18.A racionalização económica (contenção dos custos dos cuidados) e a equidade no acesso à saúde são compatíveis	3.7 4	.98	.44	.72
19.A equidade é um valor fundamental no acesso ao tratamento em cuidados de saúde	4.6 7	.58	.33	.72
20.Os meus valores entram frequentemente em conflito com os da Instituição	257	.90	.42	.75
21.A prática de cuidados de saúde tem exigências bioéticas	4.5 7	.68	.64	.72
22.Gerir Unidades de saúde implica considerar essas mesmas exigências bioéticas	4.5 5	.65	.64	.72
23.A responsabilidade é um valor que está integrado na prática da gestão em saúde em que estou inserido	4.5 4	.66	.36	.72
24.Classifico esta Unidade de Saúde como excelente na sua organização e funcionamento	3.6 1	.74	.58	.71
25.Classifico esta Unidade de Saúde como uma das que tem Qualidade nos cuidados que proporciona aos destinatários	3.9 8	.67	.68	.72
26.Classifico esta Unidade de Saúde como uma das que tem Humanização nos cuidados que proporciona aos destinatários	3.9 4	.76	.66	.72
27.A racionalização dos recursos utilizados (equilíbrio económico-financeiro), nesta Unidade, é uma constante	3.8 3	.74	.32	.71
28.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é a utilização criteriosa dos materiais necessários, reduzindo desperdícios	4.3 4	.76	.55	.71
29.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é o controlo de desvios	4.1 3	.97	.38	.71
30.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é gerir o recurso informação, em suporte digital,	3.9 6	.88	.46	.72

eliminando atividades como a duplicação de registros				
31.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é gerir o tempo com definição de objetivos, planeamento e organização eficientes	3.9 2	.86	.62	.71
32.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é utilizar os indicadores de atividade e de resultado	4.0 1	.91	.57	.71
33.Concordo com a forma como as "reformas" em curso (alterações/modificações), na saúde foram introduzidas	3.0 8	.78	.40	.72
34.As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pela minha perspetiva do valor da vida humana	4.3 8	.72	.40	.71
35.As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas circunstâncias culturais das pessoas da área de influência	3.2 9	1.06	.68	.72
36.As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas circunstâncias sociais das pessoas da área de influência	3.3 3	1.05	.69	.72
37.As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas necessidades de saúde das pessoas da área de influência	4.0 5	.87	.35	.72
Alfa Global			.73	

Observando os valores inscritos no Quadro I, constata-se que os Coeficientes Alpha de Cronbach relativos a cada item, com o total da escala (Alfa global = .73), oscilam entre .71 e .75, localizando-se portanto na categoria de consistência interna "Razoável"⁽⁶⁾. Estes valores indicam uma boa correlação entre todos os itens e uma boa homogeneidade dos itens.

Quando realizamos a inspeção da correlação de cada item com o total da escala, verificamos que os valores oscilam entre .21 e .69. De salientar que, na correlação do item com o total, o valor encontrado se reporta à correlação do item com a soma dos restantes itens, isto é, ele próprio foi excluído da soma da escala. Todos os itens estão em consonância com autores de

reconhecido mérito⁽⁷⁾ e cumprem o critério (correlações superiores a .20). Seguidamente, centrámo-nos na análise da validade do instrumento de medida, mais especificamente, da sua estrutura interna. As duas principais abordagens para avaliar os constructos consistem no estudo pela convergência e no estudo pela diferenciação. Optou-se pela análise fatorial que consiste em estabelecer correlações entre os enunciados e os grupos de enunciados a fim de destacar fatores que expliquem estas correlações⁽⁸⁾. Assim, a análise fatorial permite apreciar o ajustamento da estrutura obtida com base nos dados observados com a organização dimensional derivada racionalmente da definição concetual da variável. A carga fatorial de um item no fator traduz em que medida esse item representa, no plano comportamental, um dado traço latente, ou seja, a percentagem de co-variância existente entre esse item e o respetivo fator.

No Quadro II apresentam-se os valores resultantes da análise da dimensionalidade do *Questionário de Eticidade na Gestão Hospitalar*, para a qual recorreremos à análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de *varimax* dos 37 itens da escala, tendo em vista uma identificação dos fatores subjacentes. Dessa análise, retiveram-se os itens com valor-próprio igual ou superior à unidade e as saturações fatoriais dos itens superiores a .30. Este índice será mais baixo quando o assumir do limiar .30 implicar a eliminação do item de qualquer dos fatores isolados. Figuram, também, no quadro em referência, os valores-próprios e a percentagem de variância explicada por cada fator, as comunicações (h^2), o total de variância explicada, a medida de adequação da amostra através dos Testes de Kaiser-Meyer-Olkin e de Esfericidade de Bartlett.

Quadro II - Resultados da análise fatorial exploratória do QEGH

Itens	Fatores						h^2
	1	2	3	4	5	6	
7.Existem conflitos entre os critérios de boas práticas profissionais e a distribuição de recursos	.40						.41
11.Nesta Unidade de Saúde estão expressos, para conhecimento de todos os	.46						.27

profissionais envolvidos, os critérios de admissão/alta dos doentes		
12.Nesta Unidade de Saúde existe coerência entre missão e os valores e as práticas de gestão	.71	.58
20.Os meus valores entram frequentemente em conflito com os da Instituição	.58	.47
23.A responsabilidade é um valor que está integrado na prática da gestão em saúde em que estou inserido	.59	.39
24.Classifico esta Unidade de Saúde como excelente na sua organização e funcionamento	.76	.63
25.Classifico esta Unidade de Saúde como uma das que tem Qualidade nos cuidados que proporciona aos destinatários	.85	.73
26.Classifico esta Unidade de Saúde como uma das que tem Humanização nos cuidados que proporciona aos destinatários	.83	.70
27.A racionalização dos recursos utilizados (equilíbrio económico-financeiro), nesta Unidade, é uma constante	.46	.31
28.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é a utilização criteriosa dos materiais necessários, reduzindo desperdícios	.72	.60
29.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é o controlo de desvios	.63	.43
30.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é gerir o recurso	.73	.58

informação, em suporte digital, eliminando atividades como a duplicação de registros		
31.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é gerir o tempo com definição de objetivos, planeamento e organização eficientes	.80	.70
32.Uma das formas de limitar os custos nesta Unidade de Saúde é utilizar os indicadores de atividade e de resultado	.68	.58
17.Todos devem ter acesso a cuidados de saúde mesmo que sejam recursos complexos e dispendiosos	.25	.20
19.A equidade é um valor fundamental no acesso ao tratamento em cuidados de saúde	.42	.37
21.A prática de cuidados de saúde tem exigências bioéticas	.62	.63
22.Gerir Unidades de saúde implica considerar essas mesmas exigências bioéticas	.63	.62
34.As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pela minha perspetiva do valor da vida humana	.63	.45
35.As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas circunstâncias culturais das pessoas da área de influência	.67	.71
36.As minhas decisões a nível da gestão hospitalar são influenciadas pelas circunstâncias sociais das pessoas da área de influência	.68	.75

Quadro II - Resultados da análise fatorial exploratória do QEGH (continuação)

Itens	Fatores						h ²
	1	2	3	4	5	6	
3.As recentes alterações introduzidas no Serviço Nacional de Saúde traduzem-se em ganhos efetivos para os seus utilizadores				.57			.47
9.As "reformas" em curso (alterações/modificações), na saúde eram necessárias				.54			.34
10.Penso que aumentar a participação dos cidadãos nos custos (responsabilização na aquisição dos cuidados de que precisam) é uma boa medida de gestão de recursos				.41			.20
16.Está definido um plano de triagem para os casos em que as necessidades excedam os recursos financeiros, de equipamento e/ou humanos				.35			.30
33.Concordo com a forma como as "reformas" em curso (alterações/modificações), na saúde foram introduzidas				.66			.50
1.Penso que os novos modelos de gestão para os hospitais trouxeram implicações para esta Unidade de saúde					.37		.30
5.A contenção de custos salvaguarda os princípios éticos e científicos subjacentes à minha função de gestor					.43		.34
6.A racionalização económica (contenção dos custos dos cuidados) e a qualidade do					.63		.51

Serviço são compatíveis						
8.Rentabilizar a capacidade instalada é uma exigência ética em saúde						
					.53	.40
18.A racionalização económica (contenção dos custos dos cuidados) e a equidade no acesso à saúde são compatíveis					.58	.46
2.Os recursos disponíveis para as necessidades de saúde são limitados					.53	.50
4.Face à escalada de custos com os cuidados de saúde não é possível assegurar a todos a igualdade de cuidados					.59	.38
13.Perante uma dificuldade ética decido de acordo com a missão					.54	.38
14.As decisões são influenciadas pelas diretivas legais					.50	.38
15.As decisões são influenciadas pelas restrições orçamentais					.68	.50
Total de variância explicada – 47.0%						
	14.9%	10.0	7.6	5.3	4.9	4.3
		%	%	%	%	%
Valor próprio	5.50	3.70	2.82	1.95	1.82	1.60
Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - .770						
Teste de esfericidade de Bartlett – 3057.247; p.000						

O Teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO \geq .6$) e o Teste de Esfericidade de Bartlett ($TEB < .05$) permitiram garantir a adequação do modelo fatorial a esta matriz de correlações para a realização da análise fatorial ($KMO=.770$; $TEB = 3057.247$, $p<.001$).⁽⁴⁾ No que se refere ao QEGH constatamos que a melhor solução seria a de 6 fatores, tendo-se considerado apenas os itens com saturações superiores a .30. Com esta solução os resultados foram bastante aceitáveis. Com base nos valores obtidos e registados no Quadro II verifica-se que todos os itens têm uma saturação superior ou igual a .30, à exceção do item 17 que apresenta uma carga fatorial de .25. Decidimos não eliminar este item (Todos devem ter acesso a cuidados

de saúde mesmo que sejam recursos complexos e dispendiosos) pelo seu significado concetual e contributo para o fator. No seu conjunto os seis fatores, ou subescalas, explicam 47.0% da variância total da escala. Ao fator 1 está associada 14.9% da variância total, o valor próprio de 5.50 e é saturado sobretudo pelos 8 itens relacionados com os elementos mais decisivos para a configuração moral do agir do gestor hospitalar que devem ser consonantes com a missão da instituição, atribuindo-lhe a designação de "Responsabilidade e Qualidade". Ao fator 2 está 10.0% da variância total, o valor próprio de 3.70 e é saturado sobretudo pelos 6 itens, sendo-lhe atribuída, assim, a designação de "Formas de Limitar os Custos". Ao fator 3 está associada 7.6% da variância total, o valor próprio de 2.82 e é saturado sobretudo pelos 8 itens, atribuindo-se a designação de "Ponderação Ética". Ao fator 4 está associada 5.3% da variância total, o valor próprio de 1.95 é saturado sobretudo pelos 5 itens, atribuindo-se a designação de "Custos e Ética". Ao fator 5 está associada 4.9% da variância total, o valor próprio de 1.82 é saturado sobretudo pelos 5 itens, atribuindo-se a designação de "Restrição Económica e Ética".

Por fim, ao fator 6 está associada 4.3% da variância total, o valor próprio de 1.6 é saturado sobretudo pelos 5 itens, atribuindo-se a designação de "Decisão Ética".

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam as características psicométricas adequadas do QEGH na amostra de profissionais de saúde com funções de gestão em hospitais da zona Norte de Portugal. Relativamente à fidelidade do QEGH, demonstrou-se a sua consistência interna ou homogeneidade mediante um coeficiente Alfa de Cronbach de .73 na escala global. As medidas para validar o construto de eticidade na gestão, avaliado através das 6 subescalas que avaliam a responsabilidade e qualidade, as formas de limitar os custos, a ponderação ética, a restrição económica e ética, os custos e ética e a decisão ética, refletem relações que apontam na mesma direção em todos os itens e uma boa homogeneidade dos itens e, ainda, o seu contributo para a respetiva subescala. Da mesma forma, as correlações positivas do eticidade na gestão apoiam a validade de constructo neste estudo.

A subescala "Responsabilidade e Qualidade" integra 8 itens relacionados com os elementos mais decisivos para a configuração moral do agir do gestor hospitalar que devem ser consonantes com a missão da instituição. A qualidade revela-se uma virtude universal e

todos somos responsáveis pela qualidade dos cuidados que prestamos. Na perspectiva de Rego (2010, p. 83)⁽⁹⁾ “o objetivo da garantia da qualidade consiste em assegurar ao consumidor de cuidados de saúde que estes possuem um grau específico de excelência, ou seja, que ultrapassou as suas legítimas expectativas”.

Nas unidades de saúde confluem objetivos, interesses e expectativas diferentes de acordo com cada um dos atores envolvidos. Nelas existem elementos que podem desafiar a qualidade sendo que a qualquer deficiência de qualidade corresponderá sempre uma deficiência de humanismo situação incompatível com eficiência e eficácia da qualidade dos cuidados prestados⁽¹⁰⁾. A subescala “Formas de Limitar os Custos” integra 6 itens relacionados com a escassez de recursos disponíveis para o sector da saúde⁽¹¹⁾, ao afirmarem que na atual situação de “crise económico-financeira que atravessamos, mais se justifica que o estado aplique os seus fundos, cada vez mais escassos, de forma mais criteriosa...” Por sua vez, a subescala “Ponderação Ética” com 8 itens relacionados com o comportamento ético, ou seja a capacidade ética no agir profissional na gestão de Unidades de Saúde. Considerando que o “setor hospitalar se caracteriza por mudanças constantes, com impactos sociais e económicos que devem ser considerados nas tomadas de decisão...”⁽¹²⁾ existe razão mais do que suficiente para que se ponderem as decisões quer sejam clínicas ou de gestão.

A subescala “Custos e Ética” constituída por 5 itens que se referem à contenção dos custos dos cuidados de saúde, os princípios éticos e científicos subjacentes à função de gestão e a equidade no acesso à saúde, os quais nos levam a afirmar que as opções políticas, no que à saúde se refere, pressupõem avaliar a relação entre os benefícios e os custos. “Para atingir estes objetivos, são necessários meios, para que todos os cidadãos recuperem ou mantenham o seu estado de saúde. Esses meios compreendem um sistema de saúde equitativo e uma estrutura de cuidados de saúde, a que todos tenham direito...”⁽¹³⁾.

A subescala “Restrição Económica e Ética” integra 5 itens relacionados com os modelos de gestão hospitalar e os ganhos efetivos para os seus utilizadores. A qualidade é hoje uma dimensão dos cuidados que envolve os profissionais de saúde e os utilizadores, existindo nos cidadãos e na comunidade em geral uma legítima expectativa de que os cuidados de saúde sejam de qualidade, ou seja, acessíveis, adequados e efetivos com baixo risco e a custos socialmente suportáveis⁽¹⁴⁾. Sendo a segurança uma das principais dimensões da qualidade e a gestão do risco um instrumento para a sua garantia⁽¹⁵⁾ o domínio da qualidade em saúde

diz respeito a todas as competências envolvidas na preservação de um clima terapêutico seguro, abrange todos os programas relacionados com a melhoria da qualidade e dá ênfase às iniciativas estratégicas na área da governação clínica⁽¹⁶⁾. Por fim a subescala "Decisão Ética" integra 5 itens que se referem aos aspetos que podem interferir com a tomada de decisão ética do gestor. A gestão nos contextos da saúde será ética se for exercida com uma perspetiva antropológica ampla, pois só assim considera a pessoa no seu todo, na plenitude do seu ser e do seu fim, em conformidade com o sentido dos valores éticos. A exigência da ética na gestão pode mesmo ser considerada um investimento estratégico funcionando como *marketing* de valores para os potenciais clientes de uma Unidade de Saúde.

CONCLUSÃO

Perante as características psicométricas, pode-se concluir que o QEGH é instrumento confiável e válido para medir o construto eticidade na gestão hospitalar.

O papel de gestor em saúde tem, como resultado final visível, a tradução na expressão de um cuidar holístico, embora a sua complexidade seja inquestionável. A vertente tecnicista irremediavelmente conduz à desumanização dos cuidados. Daí que apelamos a uma abordagem holística da pessoa. É neste contexto que pretendemos que este artigo, além de nos proporcionar a validação do questionário, se constitua num alerta para todos aqueles que, no seu dia-a-dia, tomam decisões que têm repercussões nos cuidados de saúde.

Esperamos que o instrumento que validamos e as implicações do estudo sejam relevantes ao nível da formação da conduta dos profissionais de saúde, pois a integração dos resultados divulgados poderá ter como consequência a disponibilização de contributos capazes de ajudar a perceber que valores podem influenciar as decisões clínicas e de gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sgreccia E. Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica. Parede: Editora Principia; 2009.

Ferreira HM. A Totalidade do Conhecimento da Enfermagem: uma abordagem curricular. Acta Paul Enferm. 2003; 16(1): 56-65.

Serrão D. *et al.* Recomendações para uma reforma estrutural. Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde; 1998.

Informes: Avances científicos de relevancia ética (ACRE) Cuad. Bioét. XXII. [internet]. 2011 [acesso em: 2 abril 2013]. 2ª, p. 275. Disponível em <http://www.aebioetica.org/revistas/2011/22/2/75/275.pdf>.

Furegato, ARF. Reflexões sobre o dualismo metodológico nas pesquisas em saúde. Revista Latino-am Enfermagem.[internet]. 2008 [acesso em: 1 maio 2013]; 16(6) nov./dez. p. 937-8. Disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>

Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS. 4ª ed., Lisboa: Sílabo; 2005.

Almeida L, Freire T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. 4ª ed., Braga: Psiquilíbrios; 2007.

Fortin MF. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.

Rego A. Reformas no sector da saúde: A equidade em Cuidados Intensivos. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.; 2010.

Sousa FC, Monteiro IP. Liderança de equipas na resolução de problemas complexos: Um guia para a inovação organizacional. Lisboa: Edições Sílabo; 2010.

Rego G, Nunes R. Gestão da Saúde. Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações; 2010.

Oliveira L, Schilling M. Análise do serviço de enfermagem no processo de planeamento estratégico em hospital. REGE, São Paulo. [internet]. 2011 [acesso em: 2 março 2013]; 18(2) abr./jun. p. 227. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rege/v18n2/v18n2a08.pdf>.

Ferreira LS. Saúde, medicamentos, marketing e médicos. Revista Portuguesa de Clinica Geral. 2008; 24: 605-616.

Pisco L, Biscaia J. Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista de Saúde Pública Portuguesa. 2001; 2: 43-51.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de saúde 2011-2016, Estratégias para a Saúde:III.3. Eixos Estratégicos: qualidade em Saúde. Ministério da Saúde: Alto Comissariado da Saúde. 2011.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2010.