

METODOLOGIAS MISTAS INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Coach
Coord.PGGIS
Prof. Convidada IDEFE
Business Manager
Revisão/Orientação Teses

PHD SEO (ISEG)
Mestre GRH (ISEG)
Gestão de Marketing (U.Maia)

Cristina Piedade Silva

cpsilva@socius.iseg.ulisboa.pt

925003868



ISEG, 4 de Novembro de 2024

VICISSITUDES DE UMA TESE...

- <https://www.facebook.com/share/r/iconQsr94kdgrYaD/?mibextid=UaIRPS>



QUE METODOLOGIAS? //SELEÇÃO DA ABORDAGEM DA INVESTIGAÇÃO///DESENHO DO ESTUDO

QUALITATIVA

- ???



QUANTITATIVA

- ???



MISTA

- ???



QUE METODOLOGIAS?

Quantitative	Qualitative	Mixed Methods
<ul style="list-style-type: none">• Experimental designs• Nonexperimental designs, such as surveys	<ul style="list-style-type: none">• Narrative research• Phenomenology• Grounded theory• Ethnographies• Case study	<ul style="list-style-type: none">• Convergent• Explanatory sequential• Exploratory sequential• Transformative, embedded, or multiphase

QUE METODOLOGIAS? QUANTITATIVA

- Recolher
- Analisar
- Interpretar
- Escrever

Métodos:

- Inquérito
- Estudo Experimental
- Identificar amostra da população
- Especificar o tipo de desenho de estudo
- Recolha e Análise de Dados
- Apresentação de resultados
- Interpretação de Resultados
- Escrever com consistência

QUE METODOLOGIAS? QUALITATIVA

- Recolher
- Analisar
- Interpretar
- Escrever

Quantitativos...

- Amostragem intencional
- Recolha de dados abertos
- Análise de texto/imagem
- Representação da informação (tabelas/figuras)
- Interpretação pessoal dos dados

QUE METODOLOGIAS? QUALITATIVA

BORDIEU

- Autoetnografia :

DUALIDADE:

Insider/Outsider

CRESWELL

- Observação

PARTICIPANTE

NÃO PARTICIPANTE

CRESWELL

- Entrevistas :
Estruturadas/Semiestruturadas
- Análise Documental
- Materiais audiovisuais

QUE METODOLOGIAS? MISTA

Recolha e Integração dos
Dados de ambas

Tipos

- Convergente
- Sequencial Explicativo
- Sequencial Exploratório

- Abordagens para interpretar e validar a pesquisa ; diferem em características, recolha de dados e características de análise

e...

- Desenho do projeto:
 - Integrado
 - Transformador
 - Multifásico

CRESWELL

Qualitativa

- *Qualitative research* is an approach for exploring and understanding the meaning individuals or groups ascribe to a social or human problem. The process of research involves emerging questions and procedures, data typically collected in the participant's setting, data analysis inductively building from particulars to general themes, and the researcher making interpretations of the meaning of the data. The final written report has a flexible structure. Those who engage in this form of inquiry support a way of looking at research that honors an inductive style, a focus on individual meaning, and the importance of rendering the complexity of a situation.

CRESWELL

Quantitativa

- *Quantitative research* is an approach for testing objective **theories** by examining the relationship among variables. These variables, in turn, can be measured, typically on instruments, so that numbered data can be analyzed using statistical procedures. The final written report has a set structure consisting of introduction, literature and theory, methods, results, and discussion. Like qualitative researchers, those who engage in this form of inquiry have assumptions about testing theories deductively, building in protections against bias, controlling for alternative explanations, and being able to generalize and replicate the findings.

CRESWELL

Mista

- *Mixed methods research* is an approach to inquiry involving collecting both quantitative and qualitative data, integrating the two forms of data, and using distinct designs that may involve philosophical assumptions and theoretical frameworks. The core assumption of this form of inquiry is that the combination of qualitative and quantitative approaches provides a more complete understanding of a research problem than either approach alone.

CRESWELL

Quantitative Methods	Mixed Methods	Qualitative Methods
Pre-determined	Both predetermined and emerging methods	Emerging methods
Instrument based questions	Both open- and closed-ended questions	Open-ended questions
Performance data, attitude data, observational data, and census data	Multiple forms of data drawing on all possibilities	Interview data, observation data, document data, and audiovisual data
Statistical analysis	Statistical and text analysis	Text and image analysis
Statistical interpretation	Across databases interpretation	Themes, patterns interpretation

HOSPITAIS EM CRISE: UMA ETNOGRAFIA DOS CIRURGIÕES GERAIS EM PORTUGAL



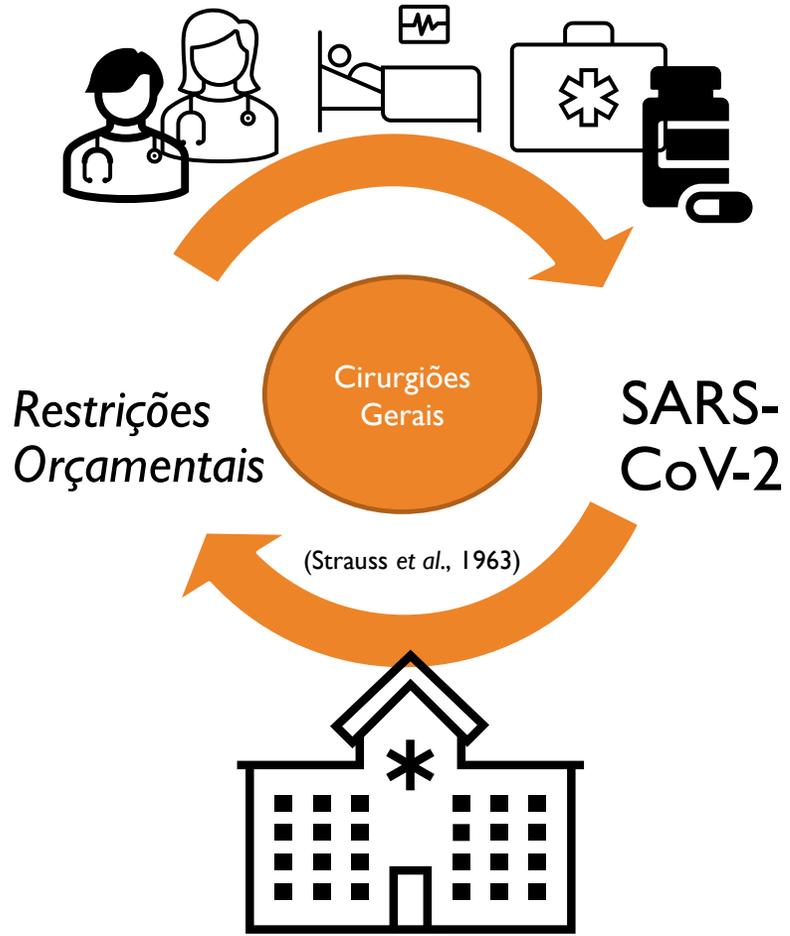
- Contextualização
- Perguntas de Partida
- Opções Metodológicas
- Principais Resultados do Estudo
- Conclusões
- Limitações
- Investigação Futura



“Act so as never to treat another rational being merely as a means.” Kant

Sociologia Profissões

ENQUADRAMENTO



Ideal-tipo:
 “corpo sistemático de teoria, de formação específica, de uma ideologia, de monopólio sobre um determinado campo de trabalho e de autonomia”
Parsons, Goode, Merton, Carr Saunders e Wilson

Análise dos grupos profissionais
Freidson

Um mesmo corpo; mantém relações entre si, partilhando uma moral profissional “capaz de conter os egoísmos individuais”, em função de uma divisão técnica e funcional de tarefas em prol do desenvolvimento da sociedade **Durkheim**

Ocupações/Profissões :
Greenwood, Willensky

Dominância Médica: Parsons, Goode; Greenwood,; Carr-Saunders and Wilson; Merton; Freidson; Carapinheiro; Lopes; Serra; Tavares; Correia

Fechamento: Weber, Freidson, Rodrigues

Autoridade dual:
Carapinheiro, Lopes, Serra, Correia, Tavares.

Sociologia Saúde

‘Sociologia Médica’ :
Parsons

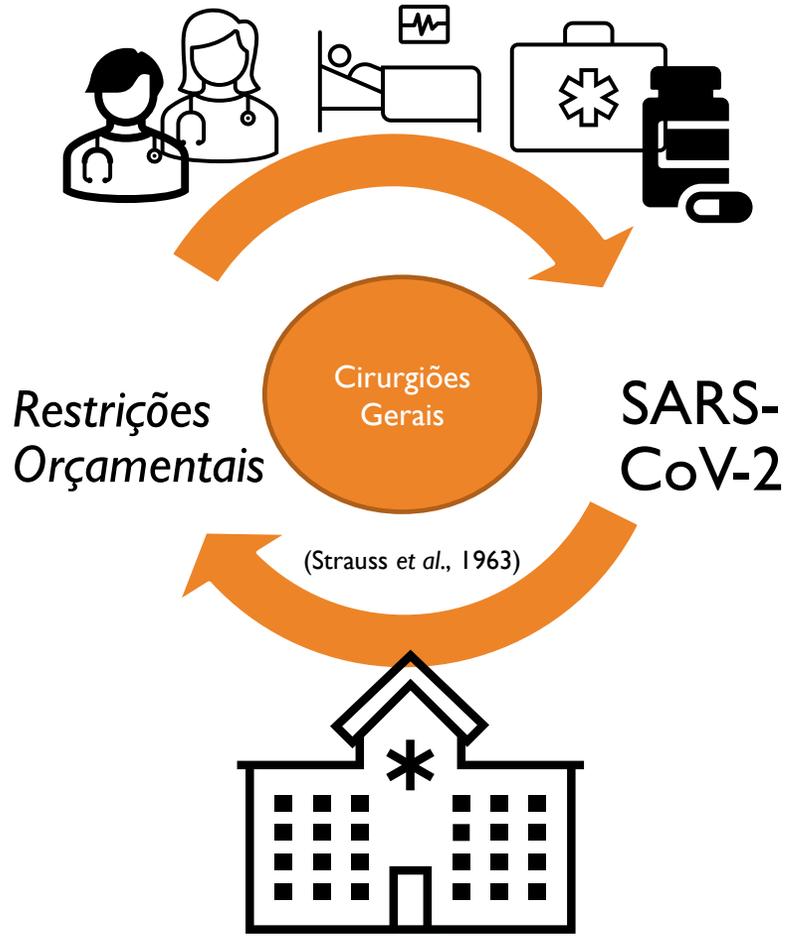
Observações participantes e entrevistas:
Bloom

Interdependência sociologia/medicina:
Freidson

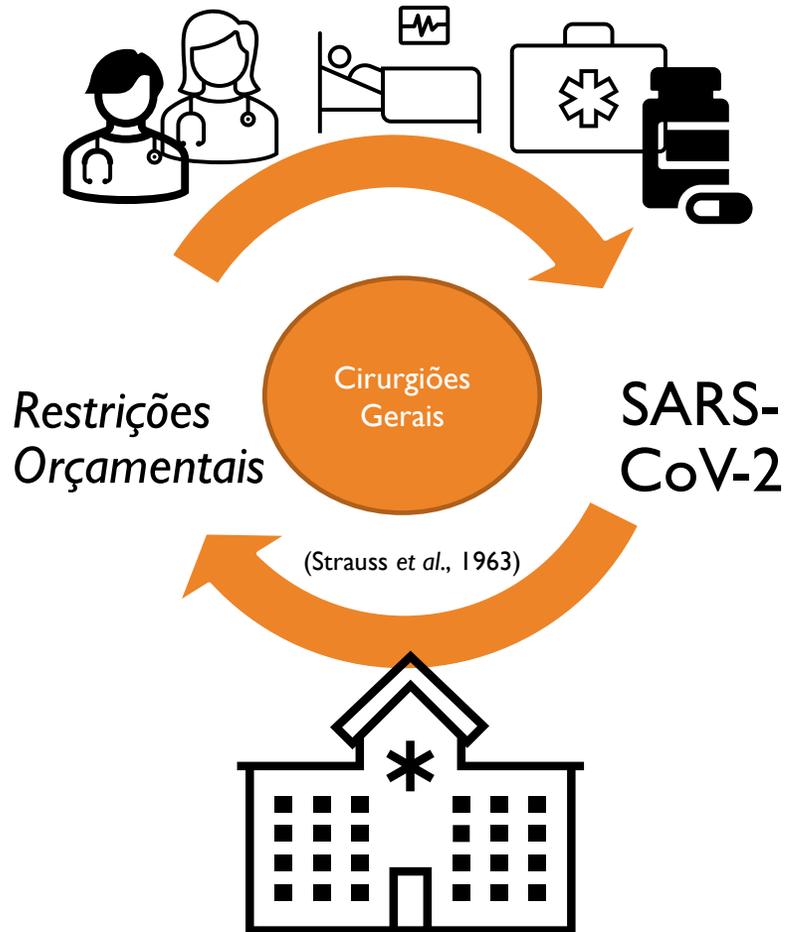
Mudança relação médico/doente:
Cockerham

Políticas de saúde
Sousa Santos
Carapinheiro
Serra
Correia
Lopes
Antunes

ENQUADRAMENTO



ENQUADRAMENTO



Organização –

resolutiva de problemas sociais por via do trabalho e da concretização de objetivos

Parsons

Burocracia como uma forma de ordenação das relações entre indivíduos e organizações:

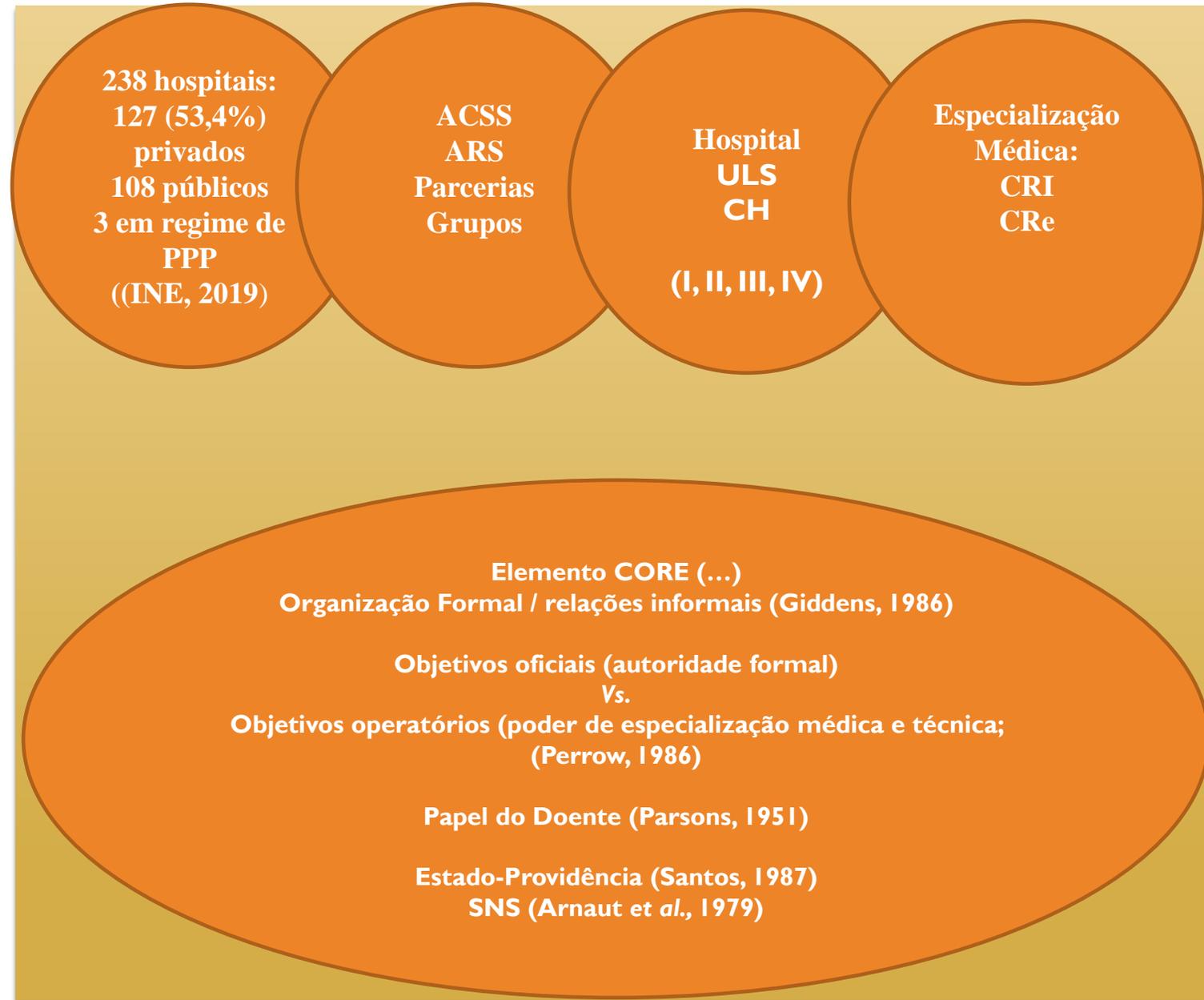
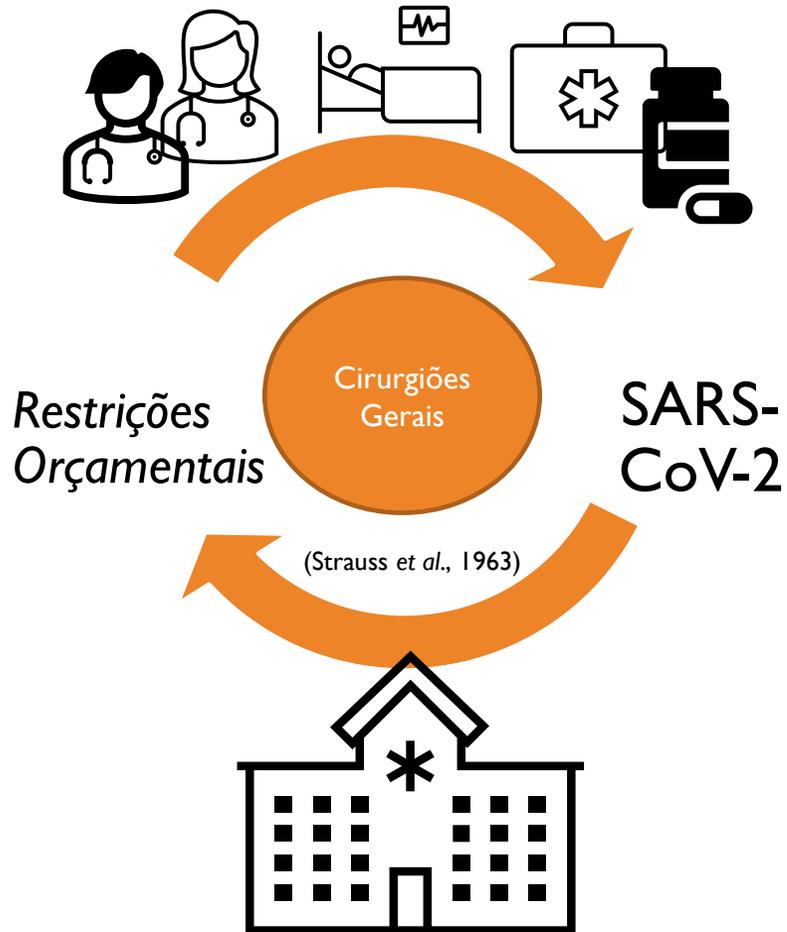
Weber

Burocracia pode diminuir a flexibilidade e inovação da organização e as regras podem comprometer os objetivos:

Merton

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL

ENQUADRAMENTO



O BLOCO OPERATÓRIO

ENQUADRAMENTO



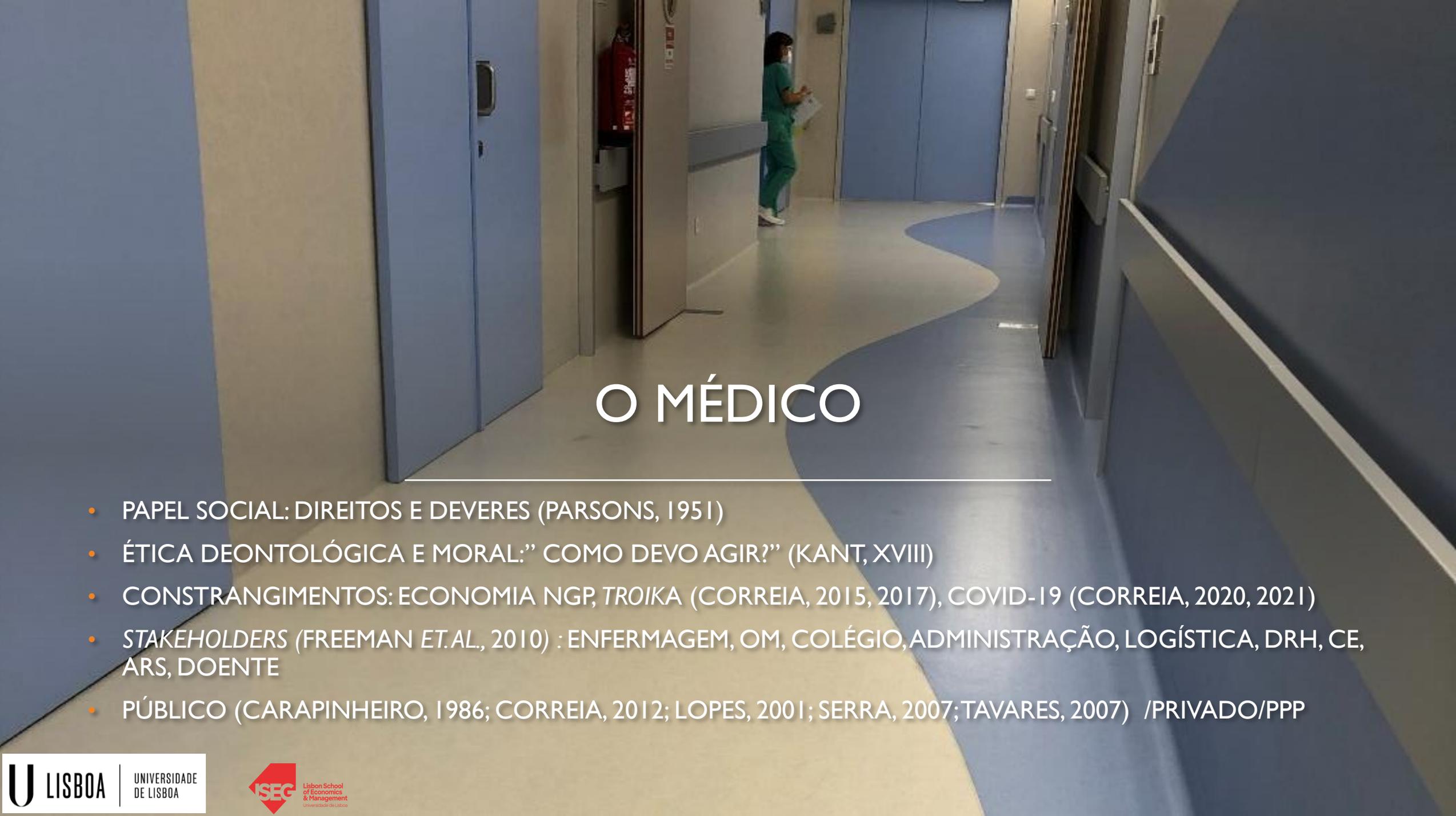
Crítérios Médicos de Pureza (Durkheim, 1968)

Barreira de Esterilidade (Fox, 1992)

Cirurgia Ambulatória gestão *just in time* (Fox, 1999)

Múltiplos saberes/tecnologia (Coe, 1984)
Intervenção Médica
Freidson, 1970

Foco do trabalho do cirurgião (Fox, 1994)
Articulação entre *players* por meio de acordos (Corbin e Strauss, 1993)
Conluio/entendimento que alimenta a cooperação entre os atores (Goffman, 1975)
Equilíbrio vs. hierarquia anestesista /cirurgião.
Complementaridade de saberes (Serra, 2008)
Illness vs. fitness: Rivalidade s/ doente cirúrgico (Fox, 1994)
Doente: sem papel social (Parsons, 1951)



O MÉDICO

- PAPEL SOCIAL: DIREITOS E DEVERES (PARSONS, 1951)
- ÉTICA DEONTOLÓGICA E MORAL:” COMO DEVO AGIR?” (KANT, XVIII)
- CONSTRANGIMENTOS: ECONOMIA NGP, TROIKA (CORREIA, 2015, 2017), COVID-19 (CORREIA, 2020, 2021)
- STAKEHOLDERS (FREEMAN ET.AL., 2010) : ENFERMAGEM, OM, COLÉGIO, ADMINISTRAÇÃO, LOGÍSTICA, DRH, CE, ARS, DOENTE
- PÚBLICO (CARAPINHEIRO, 1986; CORREIA, 2012; LOPES, 2001; SERRA, 2007; TAVARES, 2007) /PRIVADO/PPP

OS CIRURGIÕES GERAIS PORTUGUESES (BALIZADOS PELOS PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE CONSTITUEM OS PILARES DA PROFISSÃO MÉDICA) MANTÊM AS BOAS PRÁTICAS, (INDEPENDENTEMENTE DAS RESTRIÇÕES ECONÓMICAS)?

KANT. ARNOLD & HARRIS, 2012; SANTOS, 2012; NEVES, 2016; DECAMP ET AL., 2018; OM, 2018)



1. De que modo estas condições interferem na eficiência das escolhas dos cirurgiões?

2. Os cirurgiões gerais apelam ao seu direito de objeção de consciência quando estas restrições geram conflito com a sua consciência?

3. O cirurgião comunica à Ordem situações irregulares provocadas por estes condicionalismos que denunciem improbidade, conduzam a atitudes incompetentes ou a infrações das regras deontológicas por terceiros?

4. Existem diferenças entre as instituições públicas e as privadas?

5. Que stakeholders influenciam na tomada de decisão?



ANÁLISE DOS CONCEITOS DE PODER, AUTONOMIA E AUTORIDADE MÉDICA

Parsons (1951)
Goode (1957)
Greenwood (1957)
Carr-Saunders & Wilson (1962)
Merton (1970)
Freidson (1974)
Carapinheiro (1986)
Serra (2007)
Correia (2012)

Que valor apresenta a autoridade técnica dos médicos perante uma autoridade gestionária? Como classificar a autonomia profissional dos cirurgiões perante o cancelamento da cirurgia programada?

Que poder caracteriza esta classe diante da escassez de material de proteção?

Que dominância assume ante a impossibilidade de operar os seus doentes?

Que poder-saber os protege do raciocínio toldado por horas de cirurgia sob um 'escafandro'?

Como se estabelece a nova relação com o doente?

OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia mista requer recolher e misturar ou integrar dados quantitativos e qualitativos num estudo.

(Creswell, 2014)

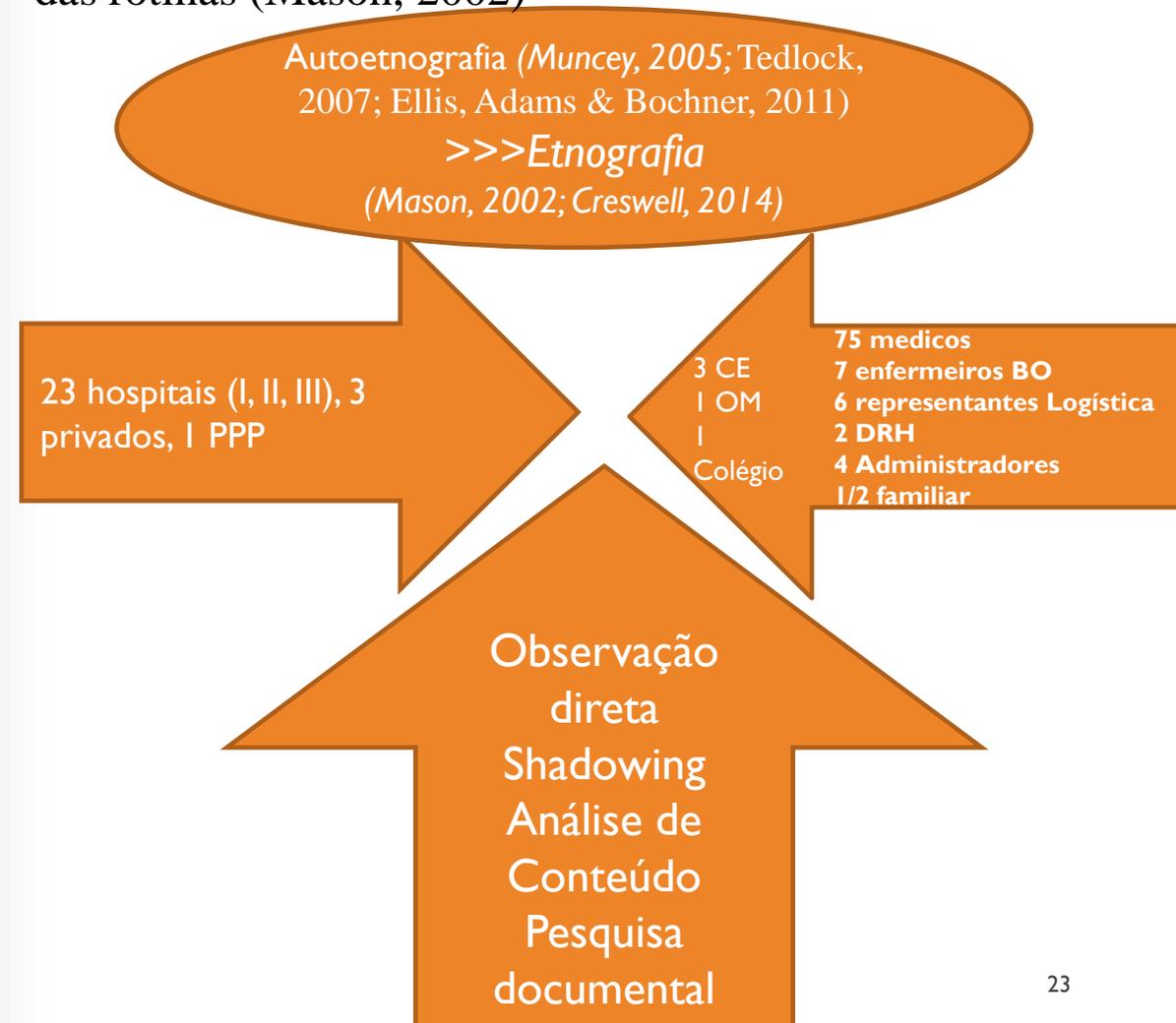
Análise Quantitativa

Inquérito – 150 respostas válidas (SPSS)



Análise Qualitativa

Ambientes de vida real > relações genuínas e diálogos amáveis durante o acompanhamento das rotinas (Mason, 2002)



RESULTADOS PRINCIPAIS

Relações organizacionais baseiam-se em negociações padronizadas - podem ser afetadas por eventos habituais ou excepcionais que levam a uma alteração da 'ordem negociada' (Strauss, 1978)

O 'dever' médico (Parsons, 1951) é crucial aos cirurgiões-gerais no exercício das tarefas, independentemente dos constrangimentos externos à profissão.

Na temporalidade do bloco operatório, atores e plateia são interdependentes (Goffman, 1975). A ausência de uns compromete o 'ficar bem' do doente (propósito comum da equipa e obrigação primeira do papel social do médico).



RESULTADOS PRINCIPAIS

(ÉTICA)

(WILLENSKI, 1964; FREIDSON, 1974; WEBER, 2001; JAMRA, CECÍLIO E CORREIA, 2016;; NEVES, 2016; KANT, 2019).

“Há uma dificuldade muito grande, para não dizer quase impossível, para obter recursos para tratarmos os nossos doentes de uma forma capaz, conveniente e correta. E isso põe-nos a nós problemas até éticos... de vez em quando, eu não posso fazer o que quero fazer ao meu doente...”

(AC270218)

Constrangimentos económicos = conflito com a isenção e liberdade profissional (sem consenso: interferência no ajuizamento clínico e na aplicação das *leges artis*).

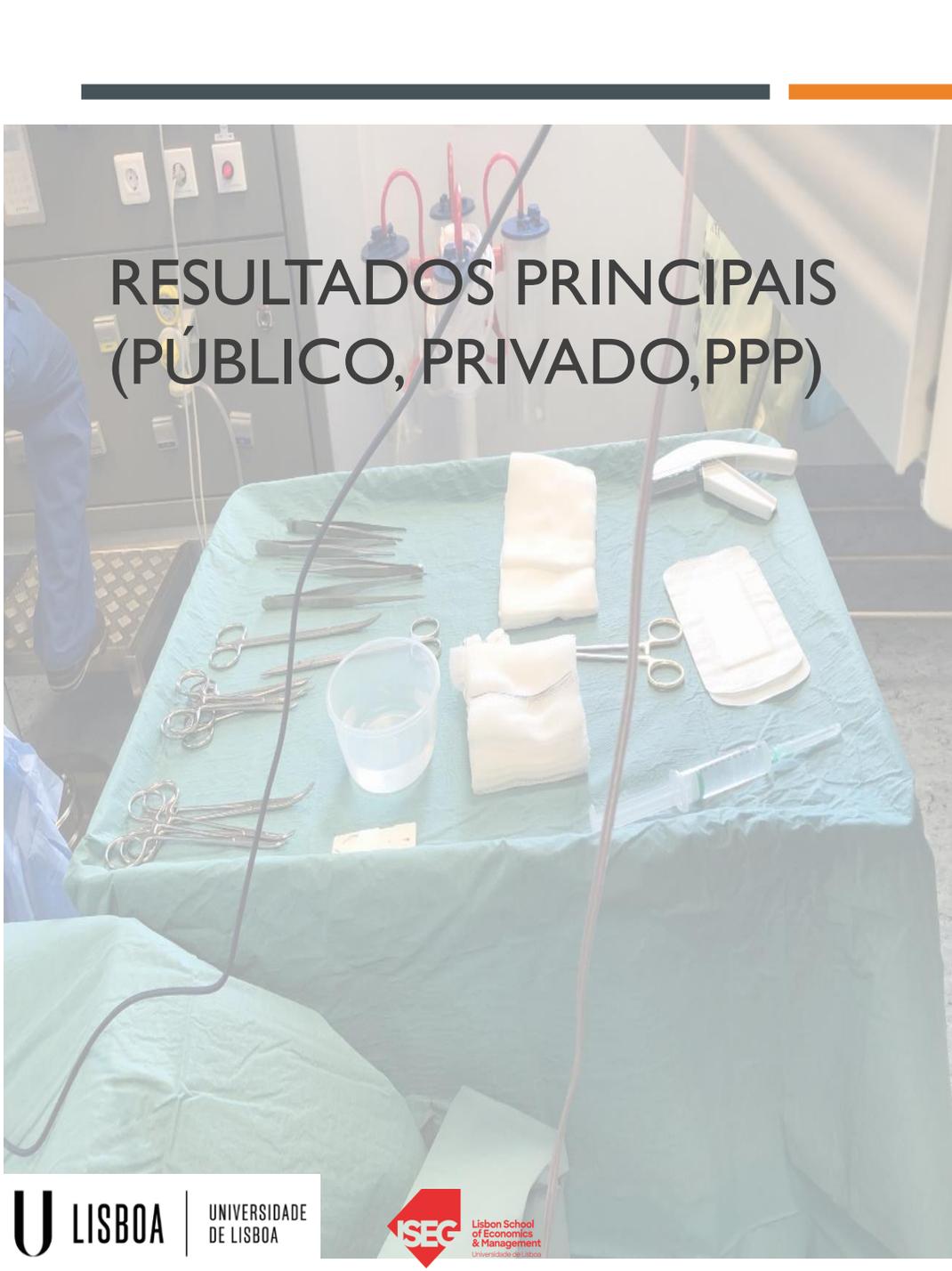
Pandemia divide cirurgiões que se sentem afetados pelas dificuldades de ajuizamento clínico e em seguir o estado da arte em prol dos doentes vs. cirurgiões que, em função da sua conduta deontológica, sublinham que nenhum contexto pode influenciar.

A escassez de recursos não induz à objeção de consciência.

Probabilidade reduzida de denúncia interpares por infração deontológica.

Indicadores de qualidade (tempos de espera cirúrgicos, duração de consultas, formação contínua, condições de trabalho e adequação do tratamento ao doente cirúrgico) ignorados pela gestão.

Probabilidade de realização de cirurgias menos adequadas por ausência de recursos superior no setor público.



RESULTADOS PRINCIPAIS (PÚBLICO, PRIVADO, PPP)

Cirurgiões sentem impacto das restrições económicas nos hospitais públicos (ausência de materiais/equipamentos/falta de manutenção das estruturas e condições físicas /escassez de blocos/atenção ao doente/escassez RH/formação médica/condições remuneratórias (Correia *et al.*, 2017)

Evidência > desgaste físico e emocional setor público.

Unanimidade: inovação tecnológica e qualidade dos materiais influenciam positivamente boas práticas (administração não ausculta escolhas para o adequado tratamento dos doentes).

Cirurgiões do setor público: acesso a novos dispositivos piorou nos últimos 5 anos.

Unanimidade: preocupação com a economia (técnicas e consumos nos tratamento); eficácia e a eficiência dos procedimentos dependem da qualidade dos materiais eleitos.

Regras de distribuição de recursos diferentes entre setores da saúde: fator preço é, no setor público, um elemento primordial nas escolhas.

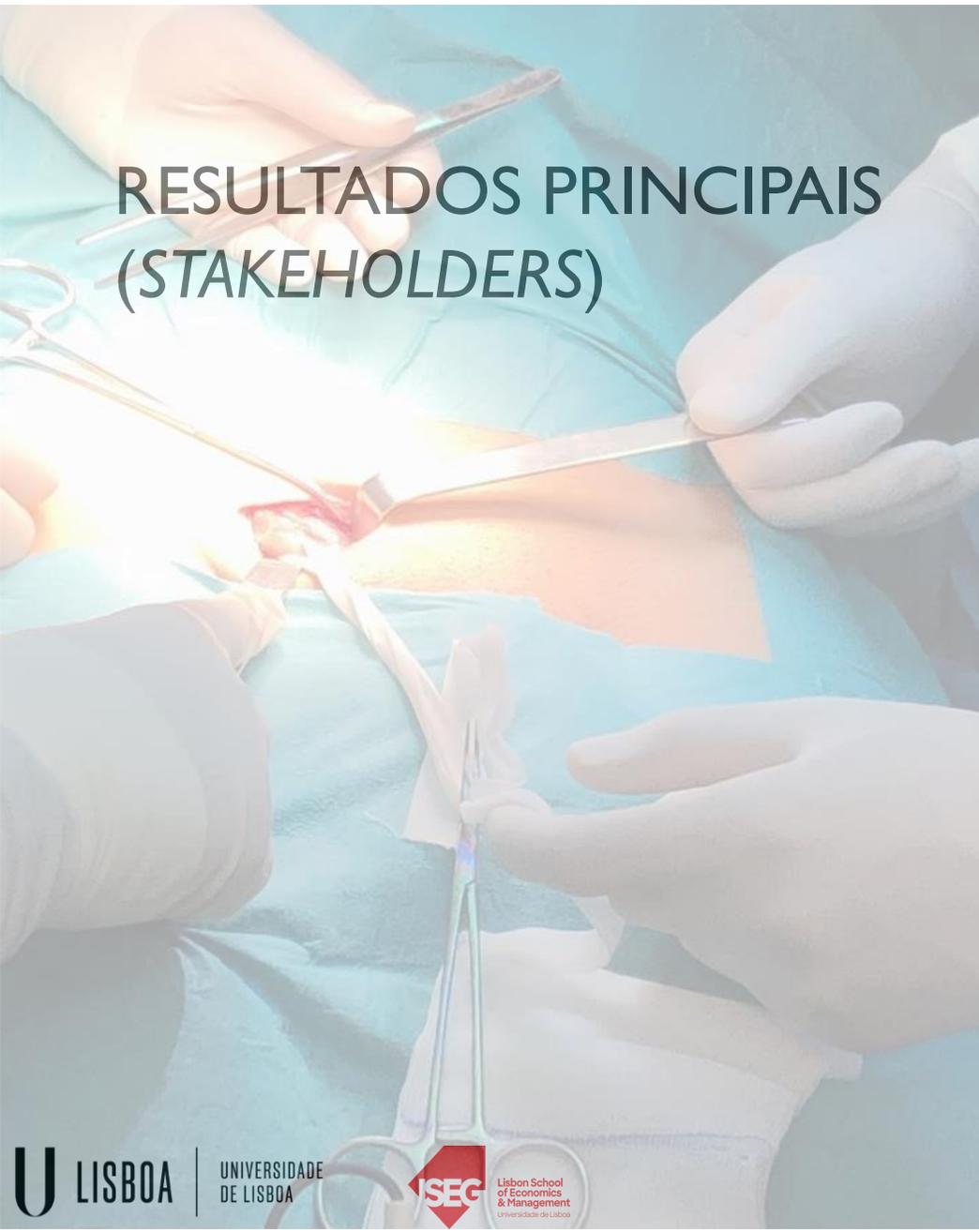


RESULTADOS PRINCIPAIS (PÚBLICO, PRIVADO, PPP)

Unanimidade: tempo de atenção ao doente melhorou no setor privado e piorou no setor público.
(Correia *et al.*, 2017)

Cirurgiões dos hospitais públicos sentem-se coagidos a utilizar materiais mais baratos, que não são os de melhor qualidade (visível alguma autonomia, dependendo da gestão)

Unanimidade: inovação tecnológica influencia positivamente tratamento dos doentes.
(Nogueira, 2016)



RESULTADOS PRINCIPAIS (STAKEHOLDERS)

Influência na tomada de decisão e práticas destes profissionais pela CE e DRH praticamente nula.

Serviços de Logística/Compras / superiores hierárquicos/ administração de franca relevância.

Diretores de serviço assumem a responsabilidade das decisões de aquisições.
(Correia *et al.*, 2017)

Diretores de departamento com supremacia nas necessidades quotidianas dos cirurgiões gerais e na mediação de conflitos com a gestão.

RESULTADOS PRINCIPAIS (COVID-19)

COVID-19

COVID-19

Disrupção *modus operandi*: criação de novos trajetos, novos horários, diferentes rotações entre equipas e alteração das funções.

(Strauss *et al.*, 1963; Corbin & Strauss, 1993)

Outras especialidades médicas (anestesia e medicina interna), passaram a exercer autoridade na tomada de decisão dos doentes cirúrgicos em função de critérios médicos da definição da doença e de fronteiras predelineadas.

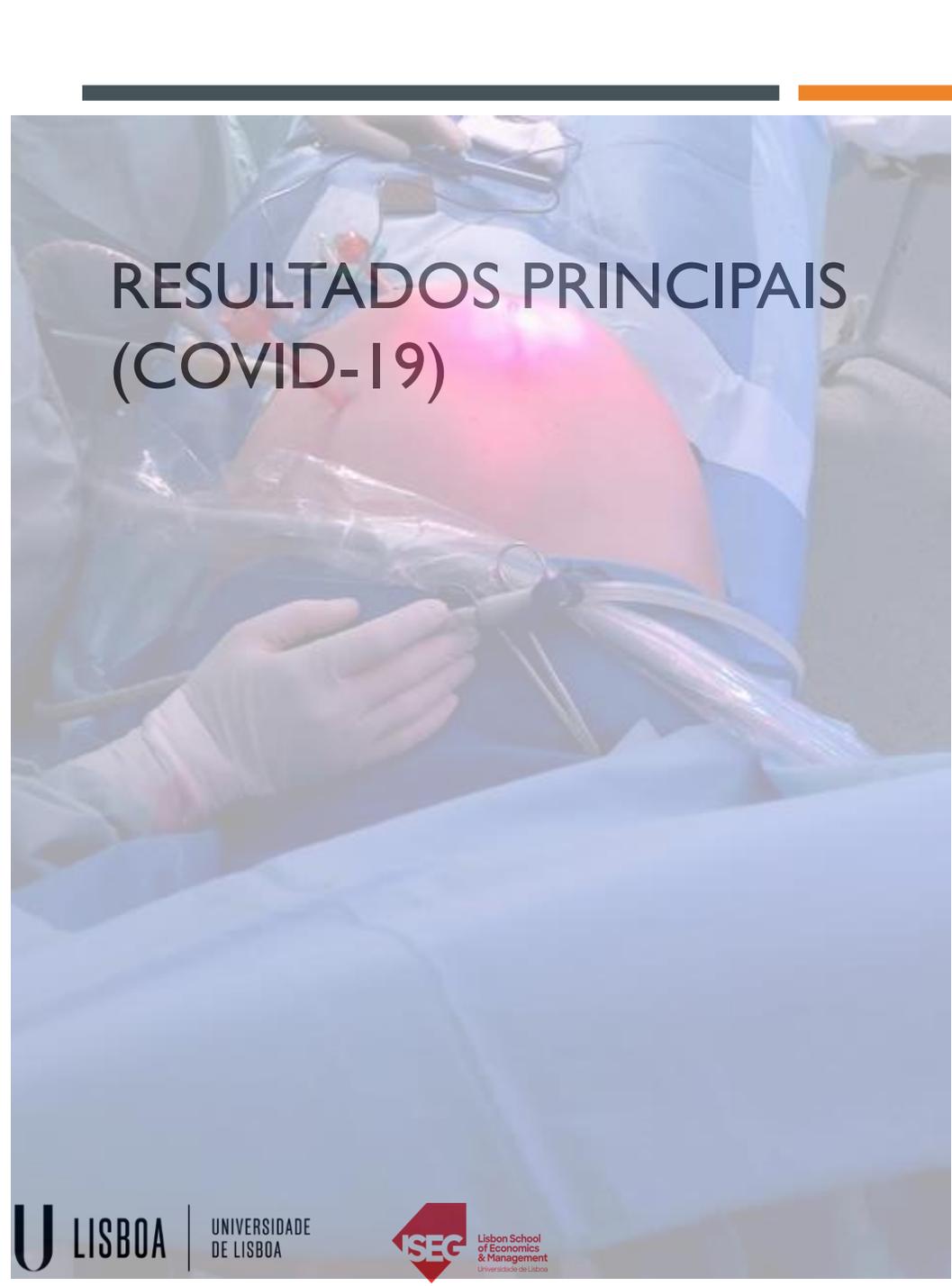
(Freidson, 1970)

Novos rituais cirúrgicos (equipamentos proteção obrigatórios /ausência do contacto próximo com o doente e do 'toque', elemento central do médico cirurgião para aferição da doença cirúrgica).

(Selzer, 2001)

Distanciamento médico/doente apresentou um desafio à tradicional relação e dificultou os processos de tratamento e de cura.

(Parsons, 1951; Fox, 1992; Fox, 1994)



RESULTADOS PRINCIPAIS (COVID-19)

Novas formas de divisão do trabalho com afetação direta no cirurgião: sensação de impotência = cancelamento da cirurgia programada limitou atividade nos casos urgentes /telemedicina interferiu com adequado diagnóstico.

Consequências doentes: adiamento indefinido das cirurgias engrossou as listas de espera, agravamento das condições cirúrgicas, => complexidade dos processos de tratamento .

Impossibilidade de tratar da melhor forma a maior parte dos doentes, acentuou a sua limitação na capacidade de intervenção para o bem comum.
(Bentham, 1979)

Todo o contexto de pandemia interferiu diretamente nas boas práticas cirúrgicas.

Hospitais públicos estavam mais preparados para lidar com a pandemia; privados com melhores recursos materiais.

Hospitais grupo III mereceram mais respeito por terem recebido o maior número de doentes (sujeitos a uma maior exposição e piores condições de trabalho).

CONCLUSÕES

Défice no sistema de saúde impacta na atividade dos cirurgiões-gerais.

Autoridade gestonária suprime organizacionalmente autoridade técnica.

Dominância e autonomia profissional, desvanecem-se diante do cancelamento de cirurgias superiormente organizado, e o poder-saber não ultrapassa este obstáculo (ou a escassez de recursos para tratar os doentes cirúrgicos).

Nova relação médico-doente traduzida por um afastamento impulsionado por fatores externos aos seus papéis sociais.

Cirurgiões orientam a sua atividade por princípios éticos em função do objeto da sua *expertise*: a cura do doente.

CONCLUSÕES

Stakeholders de influência no cenário pandémico:

- Colégio (OM) difundiu recomendações técnicas, interpretadas por uns como de extrema utilidade e, por outros, como insuficientes comparativamente com diretrizes de sociedades internacionais.
- CE's agiram de forma diferente entre hospitais: se, nuns, optaram por juntar um conjunto de recomendações alinhadas com a Comissão de Ética da Ordem dos Médicos, noutros não tiveram papel ativo nas práticas dos cirurgiões.

CONCLUSÕES

Em situações de incerteza; vivem enorme emocionalidade / tendem a equacionar a sobrevivência do doente como ‘sucesso’ e a morte como ‘falhanço’, “mesmo em circunstâncias em que nada mais pode ser feito pelo doente, como se fosse possível perpetuar a vida para sempre e como se os médicos pudessem ser sempre capazes de evitar a morte” (Serra, 2008).

A pandemia do medo (Aaltola, 2012) acompanha as vagas da infeção (Strong, 1990):

- falta de EPI's provocou pavor na fase inicial da COVID;
- isolamento da família aumentou apreensão e os níveis emocionais entre os cirurgiões;
- sensação de abandono institucional afetou emocional e racionalmente;
- receio de vir a operar doentes adiados em situações inoperáveis fomentou pavor de falhar com os doentes;
- futuro sentido com muito pessimismo no imaginário de casos cirúrgicos sem solução;
- vida familiar ‘suspensa’, pela inquietação de infetar os mais próximos = distanciamento temporário que potenciou uma sensação de solidão.

(Wuopulos, 2020; Seifert & Hassler, 2020)

CONCLUSÕES

“As pessoas sentirem que, ao estar a tratar outro... estão a correr riscos que são transmissíveis aos seus amigos, aos seus familiares, aos seus pais idosos... (...) . Esse equilíbrio mental vai demorar muito tempo a sanar, porque fazer hoje uma cirurgia pode significar a exposição... a exposição muito grande (...) . As pessoas estarem a falar de longe, não se poderem tocar, não poderem brincar, não poderem... não poderem falar uns com os outros sem terem a cara recoberta, porque, só por si, o amigo sabe-se lá que doente é que ele viu ontem ou há dois dias, sabe-se lá se ele esteve ou não esteve em contacto com alguém e, na prática, aquela conversa inocente acaba por ser um fator de risco entre profissionais.”

(ML180320)

LIMITAÇÕES

Número de respondentes inquérito não representou 10% da população.

Eliminação de respostas de respondentes das ARS Algarve e Ilhas/ impossibilidade de realizar etnografia nas ilhas.

Obtenção de autorização oficial para realizar o trabalho etnográfico num maior número de unidades de saúde privada constituiu entrave para maior consistência no comparativo.



INVESTIGAÇÃO FUTURA

Alargamento da amostra a todas as especialidades/grupos profissionais.

Estudos mais aprofundados sobre a contribuição dos efeitos sofridos pelos profissionais de saúde para a sua migração do setor público para o setor privado.

Reais impactos na saúde dos doentes.

Análise comparativa com outros países da Europa que sofreram limitações económicas impostas pela *Troika*,

CPSILVA@SOCIUS.ISEG.ULISBOA.PT
925003868

