

Hospitais SA/EPE: A Procura de um Modelo

Ângela Dias e Miguel Sousa Neves

Incidentes em Organizações de Saúde: O Papel da Gestão

Ângela Dias e João Bispo

Cuidados Continuados no Centro de Saúde: Um Desafio para o Futuro

José Luís Nunes

Os Pilares Fundamentais da *Clinical Governance*

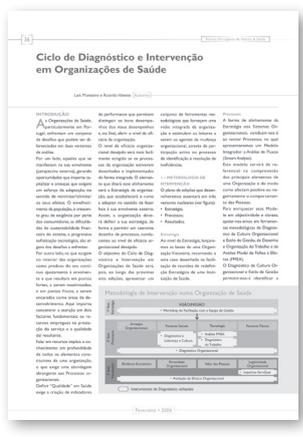
Helena Bugada

Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde

Luís Monteiro e Ricardo Valente

Sumário

- 4 Estatuto Editorial
- 5 Editorial
Miguel Sousa Neves
- 6 Hospitais SA/EPE: A Procura de um Modelo
- 14 Incidentes em Organizações de Saúde:
O Papel da Gestão
- 22 Cuidados Continuados no Centro de Saúde:
Um Desafio para o Futuro
- 30 Os Pilares Fundamentais da *Clinical Governance*
- 36 Ciclo de Diagnóstico e Intervenção
em Organizações de Saúde
- 38 Fundação da Sociedade
Portuguesa de Gestão de Saúde
- 39 Ficha de Inscrição
- 40 Estatutos da Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde
- 42 Sugestões de Livros
- 44 Sugestões de Sites



Normas de Publicação

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) tem como objectivo analisar artigos, estudos e casos na área da gestão em saúde a partir de uma orientação científica. Por isso, apresentamos um conjunto de procedimentos formais que devem ser seguidos nos trabalhos a publicar, com o objectivo de os homogeneizar, diminuindo o trabalho complexo e moroso na revisão formal dos artigos e facilitando a tarefa dos avaliadores da RPGS.

Foram definidas as seguintes normas científicas de publicação que deverão ser seguidas pelos autores:

1. Todos os leitores com investigação académica ou jornalística na área da Gestão em Saúde podem submeter trabalhos originais no formato de artigos, estudos, casos ou resumos de teses de mestrado ou doutoramento. Também se aceitam resumos de livros, na área da Gestão em Saúde, notícias das instituições e eventos académicos.
2. Os trabalhos devem ser redigidos em português, no formato Word, em Times New Roman, corpo de letra 12 e espaço e meio. Os artigos, estudos e casos podem ter a extensão máxima de 30 mil caracteres (o equivalente a cerca de 15 páginas A4 dactilografadas), incluindo espaços, resumos, palavras-chave, CV, figuras, tabelas e gráficos, notas e referências bibliográficas.
3. Em todas as propostas deverão constar os CV resumidos (no máximo de 4 linhas) dos autores, em português e em inglês, i.e., enquadramento institucional, grau académico, funções actuais, e-mail, telefone e morada para envio de correspondência.
4. A fim de intensificar e promover o intercâmbio entre a comunidade científica nacional e internacional, os trabalhos têm de incluir, para além do título em português e inglês, o resumo em português e o *abstract* em inglês, cada um com não mais de 1.000 caracteres. O resumo/*abstract* deve expor o objectivo do trabalho, a metodologia seguida no mesmo, os resultados obtidos e as conclusões apresentadas.
5. Após o resumo e o *abstract* é indispensável a indicação das palavras-chave e *key-words*, respectivamente, representativos do trabalho (no máximo de 5).
6. Os trabalhos devem ser ordenados da seguinte forma: página com título na língua original, nomes, e-mails e CV resumidos dos autores em português e inglês (pela ordem da língua original), seguido à parte da repetição do título na língua original, resumo/*abstract* (conforme a língua do trabalho, aparece a do original primeiro), palavras-chave/*key-words* (conforme a língua do trabalho), título traduzido para português ou inglês (conforme a língua do trabalho), data da conclusão do trabalho, texto, notas referências bibliográficas e anexos.
7. As referências bibliográficas apresentadas devem ser integradas no texto de acordo com o sistema "apelido, data" (i.e., Hughes, 2000). Em caso de citações textuais, deve acrescentar-se o número da(s) página(s). Exemplos:
 - "Consequentemente, Shah (1998) classifica-a como...";
 - "Como é referido por Kelly (1995, p. 62) ...";
 - "Relativamente às expectativas do público, David (1975, pp. 47-50) ...";
 - Diversos autores: (Farr e oscovici, 1984) ou (Lewin et al., 1944).
8. A lista de referências bibliográficas, obrigatória e a incluir no final do texto, será organizada alfabeticamente e deverá obedecer ao formato dos exemplos seguintes:
 - Livro: CAMERON, K. and QUINN, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. EUA: Addison-Wesley.
 - Livro traduzido: SCHUMPTER, J. (1934). *The Theory of Economic Development*. Trad. R. Opie da 2ª ed. alemã (1926). Cambridge: Harvard University Press. [no corpo do texto deve referir-se: "SCHUMPTER (1926/1934) ..."]
 - Capítulo de livro: LOVEMAN, G. (1994), «An assessment of the productivity impact on information technologies». In T. Allen e M. Scott-Morton (eds.), *Information Technology and the Corporation of the 1990s: Research Studies*. Cambridge: MIT Press, pp. 84-110.
 - Artigo de publicação: ORTON, J. and WEICK, K. (1990). «Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization». *Academy of Management Review*, vol. 15, n.º 2, pp. 203-223.
9. A publicação dependerá da avaliação anónima dos membros do Conselho Científico da RPGS. O Director e a Redacção reservam-se ao direito de não publicar os originais a que o Conselho Científico não atribua nível adequado ou que não obedecem às normas aqui referidas. Os autores serão avisados da sua publicação num prazo máximo de três meses. Poderão ser sugeridas pistas para o aperfeiçoamento dos trabalhos. Em cada trabalho serão indicadas as datas de recepção e de aceitação.
10. O material deve ser entregue em suporte electrónico, sendo preferível em anexo de e-mail.
11. O envio de um trabalho implica compromisso por parte dos autores de publicação exclusiva na RPGS, sendo o trabalho da sua inteira responsabilidade.
12. Os originais aceites para publicação ficam propriedade editorial da RPGS. Qualquer reprodução integral ou parcial dos mesmos só pode ser efectuada após autorização escrita do Director ou da Redacção e requerer referência à RPGS. Os originais não publicados não serão devolvidos.

Enviar correspondência para:
Revista Portuguesa de
Gestão & Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 – Póvoa de Varzim
Fax: 252 688 939
E-mail: spgsaude@sapo.pt

CONSELHO CIENTÍFICO

António Correia de Campos
Armindo Rebelo
Duarte Nuno Vieira
Frederico José Teixeira
Hugo Meireles
Isabel Ramos
Jorge Correia Jesuíno
José Fragata
José Miguel Boquinhas
José Nascimento Costa
Luís Almeida Santos
Luís Antero Reto
Luís Campos
Luís Filipe Pereira
Luís Martins
Maria de Belém Roseira
Vitor Gil
Victor Hugo Pereira

CONSELHO EDITORIAL

Camila Tapadinhas
Helena Bugada
João Bispo
João Furtado
Lino Rosado

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º • Fevereiro 2006

DIRECTOR

Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO

Ângela Dias

REDACÇÃO

EGUS – Estratégia e Gestão em Unidades de Saúde, Lda.

DESIGN, PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

VFBM - Comunicação, Lda.

PROPRIEDADE:

Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212 • 4490-402 – Póvoa de Varzim

E-mail: spgsaude@sapo.pt

Site: www.spgsaude.pt

DEPÓSITO LEGAL:

???????

REGISTO ICS:

Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

PERIODICIDADE:

Quadrimestral

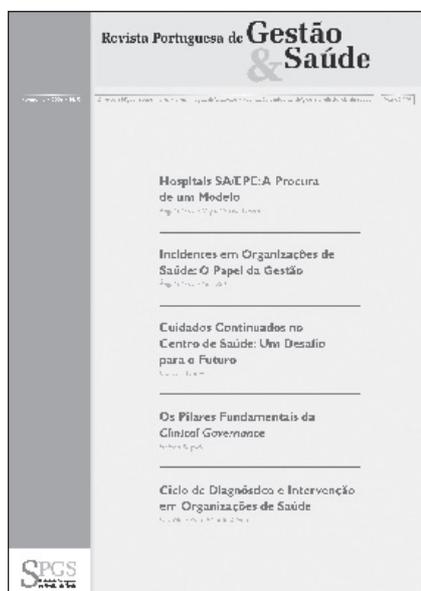
PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO:

FOCOM XXI - Centro Gráfico, Lda. • Rio Maior

TIRAGEM

2.500 exemplares

Estatuto Editorial



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objectivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no sector da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a directores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A RPGS orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A RPGS é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A RPGS reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública. A RPGS adopta como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela actualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colaboradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

- i) Os conhecimentos e os valores do grande público reflectem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
- ii) A gestão eficiente e eficaz do sector da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
- iii) Os *mass media* constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
- iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redacção da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade. Através da RPGS, procurar-se-á ainda manter o leitor actualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto directo na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Editorial



Miguel Sousa Neves
Director
msn@net.sapo.pt

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) apresenta, neste início de ano, o seu número zero, objectivo há muito ambicionado e que constitui o primeiro passo de um projecto que, estamos certos, será de grande interesse para os leitores em particular e para a sociedade em geral. Iniciámos este projecto com o número zero por se tratar da primeira edição, cujo objectivo primordial é apresentar a RPGS como uma publicação de carácter científico, embora escrita de forma a proporcionar uma leitura acessível e agradável a todos os profissionais das mais diversificadas áreas (médicos, gestores, administradores hospitalares, directores de serviço, chefias de topo e chefias intermédias de unidades de saúde, entre outros) interessados na temática da Gestão em Saúde.

Neste número, são oferecidos aos leitores quatro artigos, dois dos quais constituem uma revisão da literatura acerca das respectivas temáticas e os outros dois são trabalhos de campo desenvolvidos e aplicados em duas instituições de saúde diferentes. O primeiro artigo retrata uma problemática de grande actualidade no panorama

nacional: a incessante procura do modelo ideal para o funcionamento dos hospitais portugueses: SA ou EPE? As mudanças que têm ocorrido neste sector são evidenciadas neste artigo, cujos autores realizam uma análise crítica às sucessivas reformas de que o nosso Serviço Nacional de Saúde tem sido alvo nos últimos anos.

No segundo e no terceiro artigo são apresentados dois estudos que foram realizados em duas instituições de saúde distintas. São recomendadas algumas sugestões de melhoria de gestão dos respectivos serviços que emergem dos resultados obtidos a partir das análises efectuadas.

Por fim, termina-se com um artigo que faz uma revisão da literatura existente acerca de uma outra temática de grande actualidade no contexto internacional e de particular interesse para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde em Portugal: *Clinical Governance* – os seus pilares fundamentais.

Convidamos os leitores a uma leitura crítica do conteúdo deste número e estamos certos de que encontrará motivos de interesse nos diversos artigos apresentados.

Hospitais SA/EPE: a procura de um modelo

Ângela Dias e Miguel Sousa Neves **Autores**

Resumo

Pretende-se com este artigo fazer uma retrospectiva das sucessivas mudanças de que o sector da Saúde Hospitalar tem sido alvo nos últimos anos. Começa-se por descrever a evolução dos modelos de estrutura e de gestão no Serviço Nacional de Saúde, estudando-se posteriormente as reformas levadas a cabo pelos últimos Governos que denotam uma constante procura do modelo económico e organizacional ideal para o bom funcionamento dos hospitais portugueses. Alternando entre Hospitais EPE (Entidade Pública Empresarial) e Hospitais SA (Sociedade Anónima), as reformas sucedem-se. Neste artigo, pretende-se salientar as vantagens e as desvantagens dos Hospitais SA e o que mudou com a sua transformação recente em Hospitais EPE.

Palavras-chave

Hospitais SA, Hospitais EPE, Reformas na Saúde

Title

SA/EPE* Hospitals: looking for a model

Abstract

In this article the authors present a retrospective analysis of the changes which have been occurring in the health care system in Portugal in the last few years. They start presenting the evolution of the different models of the structure and management of the National Health Service and later discuss the reforms which have been taking place by the last governments which show a constant look for the ideal organizational and economical model for the good running of the portuguese hospitals. Jumping from EPE hospitals (public business entity) to SA hospitals (Anonymous Societies), the reforms have been going on. In the present article the advantages and disadvantages of SA hospitals are described as well as the changes which may have occurred with the recent change back into EPE hospitals.

Key-Words

SA hospitals, EPE hospitals, Reforms in Health Care

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem sido ponto assente ser necessário REFORMAR o SECTOR PÚBLICO por se verificar a sua estagnação, ineficiência e ineficácia em muitos aspectos do seu funcionamento, assim como a impossibilidade de se custear, através do Orçamento

de Estado, os seus custos sempre crescentes.

A partir do momento em que se começa a questionar a viabilidade financeira do nosso sistema público que inclui sectores como a Saúde, Educação, Justiça e Segurança Social houve que se pensar em REFORMAS que pudessem criar sustentabilidade

sem se perder a sua forte componente SOCIAL.

No Reino Unido todas estas questões começaram a ser colocadas nos anos 80 e no sector específico da Saúde foram implementadas reformas profundas do sistema, cuja avaliação de resultados ainda não foi devidamente estabelecida. Men-

ciona-se o Serviço Nacional de Saúde Britânico (*National Health Service – NHS*), porque o nosso Sistema de Saúde foi criado tendo o NHS como exemplo e está a ser modificado tendo também em devida conta as reformas estruturais que estão a acontecer nesse país.

Em Portugal, o XV Governo

* items pointing to 2 different models of Public Health Care Hospitals

lança as bases do que pretende que seja uma reforma profunda no campo da Saúde em Portugal. Nela se inclui a transformação de unidades hospitalares em Sociedades Anónimas (SA). Esta temática não constitui uma novidade, na medida em que já o **Decreto-lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968 (Estatuto Hospitalar)** referia mecanismos de natureza empresarial para os hospitais.

I – EVOLUÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Os diplomas legislativos que estão na origem da estrutura inicial do hospital público português são, segundo Simões (2005), o **Decreto-lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968 (Estatuto Hospitalar)** e o **Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968 (Regulamento Geral dos Hospitais)**. De acordo com este autor (Simões 2005, p. 155), “a modernidade deste conjunto legislativo de 1968, é a aproximação a uma matriz empresarial (o artigo 35.º do Estatuto Hospitalar previa a organização e administração dos hospitais “em termos de ges-

tão empresarial”) que, porém, a exemplo dos conjuntos legislativos publicados em momentos posteriores, não teve continuidade em normas executivas, em aspectos determinantes como são a gestão financeira e a gestão de recursos humanos”.

Simões (2005, p. 155), refere ainda que este princípio não deixou de ser reafirmado no **Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro** (o artigo 7.º refere que os hospitais “devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial”) e na **Lei de Bases da Saúde** aprovada pela **Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto** (a Base XXXVI dita que a gestão das unidades de saúde deve obedecer a “regras de gestão empresarial”).

O preâmbulo do Estatuto Hospitalar referia, também, que “a administração dos hospitais, ao menos dos mais importantes, tornou-se tarefa de profissionais, com preparação cuidada e estatuto adequado, visto que a mobilização de meios financeiros e humanos nos serviços de saúde atinge enorme volume e os prejuízos decorrentes de uma gestão pouco esclarecida podem ser importantíssimos, tanto do ponto de vista económico,

como social e humano [...]. A gestão hospitalar, infra-estrutura indispensável a toda a acção médica, terá de se desenvolver de acordo com as técnicas próprias da vida económica, embora subordinada aos objectivos sociais e humanos que prossegue”. (Simões 2005, p. 155)

Ainda na perspectiva do mesmo autor, a linha de continuidade do Estatuto Hospitalar de 1968 mantém-se nas suas linhas gerais até ao ano de 2002. Segundo o Ministério da Saúde (1998), “as modificações centraram-se no esquema de órgãos de gestão e direcção técnica, mantendo o estatuto de função pública do seu pessoal e consagrando, no essencial, o hospital como um serviço que funciona nos termos previstos para a restante Administração Pública”.

Em 2002, o XV Governo, com a publicação da **Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro**, estabelece que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem

autonomia patrimonial. (**Hospitais do Sector Público Administrativo – SPA**);

b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Neste contexto, foram introduzidas alterações no modelo de aquisições de bens e serviços (passou a ser regulado pelo Direito Privado) e ao nível laboral passou a poder recrutar-se pessoal com contrato individual de trabalho. (**Entidades Públicas Empresariais – EPE**);

c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. (**Hospitais SA**);

d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos. (**Hospitais Privados**).

Este Governo altera, assim, a **Lei de Bases da Saúde** e revoga o **Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro (Lei de Gestão Hospitalar)**, segundo o qual “Os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) são pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e

Ângela Isabel de Jesus Dias

angela_dias@iol.pt

Licenciada em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE. Adjunta para a Gestão do Departamento de Medicina do Hospital de Santarém. Mestranda em Gestão dos Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG.

Licentiate in Management of Human Resources by ISCTE. Administration Assistant for Management at the Department of Medicine of Santarém Hospital. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG.

Miguel Sousa Neves

msn@net.sapo.pt

Médico Oftalmologista pelo Colégio Real de Oftalmologistas do Reino Unido. Pós-Graduação em Direcção de Unidades de Saúde pelo ISCTE/INDEG. Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG. Presidente da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde SPGS.

Consultant Ophthalmic Surgeon by the Royal College of Ophthalmologists of Britain. Post-Graduation in the Direction of Health Care Units by ISCTE/INDEG. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG. President of the Portuguese Society for Health Care Management SPGS.

financeira, com personalidade jurídica e órgãos próprios.” Prevê-se, deste modo, no estatuto dos profissionais de saúde do SNS, o regime do contrato individual de trabalho e a criação de hospitais com a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

2 – A EMPRESARIALIZAÇÃO COMO MOTOR DE MUDANÇA

A empresarialização pode constituir o motor da mudança no sector da Saúde em Portugal, permitindo atingir a sustentabilidade económico-financeira do SNS. Esta consiste numa reforma organizacional assente na separação das funções prestador e financiador assumidas pelo Estado, em que o processo de negociação da actividade produzida pelos hospitais através da celebração de contratos-programa anuais com o

responsabilização e maior exigência no controlo financeiro e social – *accountability*.

Existem já algumas experiências bem sucedidas rumo à empresarialização, designadamente: o Hospital Fernando Fonseca – Gestão privada, hospital público; o Hospital S. Sebastião na Feira – EPE/SA (Exemplo da reforma da Lei da Gestão Hospitalar); a Unidade Local de Saúde de Matosinhos – EPE/SA e o Hospital do Barlavento Algarvio – EPE/SA.

Mas, será a empresarialização dos hospitais o caminho certo para uma gestão adequada? A empresarialização será a condição necessária e suficiente para resolver os principais constrangimentos existentes nos hospitais públicos?

Em resposta a estas questões, considera-se que a empresarialização é necessária porque atenua, embora não elimine to-

mais modernos e adequados à sua função, afastando-se de modelos fortemente burocrático-administrativos. Isto é particularmente importante no processo de aquisições, na gestão dos recursos humanos e na criação de modelos de incentivos. Permite ainda uma ruptura com as práticas actuais de gestão hospitalar, criando novas dinâmicas e novos estímulos aos profissionais e, conseqüentemente, às instituições. Aumenta a autonomia e a responsabilização dos Conselhos de Administração, permitindo a separação das funções técnica e de administração, e a implementação de um novo modelo de função fiscalizadora.

Todavia, o processo de empresarialização não é suficiente, porque a simples mudança de estatuto não permite, por si só, levar a efeito mudanças que visem uma nova cultura

volvimento de todo o processo de empresarialização.

Assim, a empresarialização dos hospitais deve ser encarada como conceito de uma gestão, visando a responsabilização e eficiência. Esta parece ser o caminho certo, embora sejam discutíveis e até polémicos os diversos modelos possíveis.

3 – A REFORMA DO XV GOVERNO: DE EPE A SA

A reforma levada a cabo pelo XV Governo no sector da Saúde foi liderada por Pereira (2004), segundo o qual seriam cinco os grandes desafios que se colocam na Saúde:

1. “Como assegurar melhores cuidados de saúde à população: A QUESTÃO DA QUALIDADE;
2. Como assegurar a acessibilidade efectiva da população aos cuidados de saúde: A QUESTÃO DA EQUIDADE NO ACESSO, SEM DISCRIMINAÇÕES;
3. Como satisfazer as necessidades dos utentes: A QUESTÃO DA RESPONSABILIZAÇÃO E DA RESPOSTA ATEMPORADA E HUMANIZADA DOS SISTEMAS DE SAÚDE;
4. Como assegurar a sustentabilidade financeira: A QUESTÃO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS ESCASSOS E LIMITADOS;
5. Como assegurar um eficaz emprego dos recursos apli-



Ministério da tutela deve estar alinhado com as prioridades estratégicas da Saúde (Plano Nacional de Saúde). A empresarialização permite ainda uma maior autonomia de gestão e, conseqüentemente, maior

talmente, a inadequação entre as normas e os procedimentos próprios da Administração Pública e as que são próprias dos hospitais públicos. A empresarialização permite dotar os hospitais de instrumentos de gestão

da organização. Nos hospitais já em funcionamento, existem quadros de pessoal inadequados à sua actividade e às novas necessidades e objectivos que se pretendem alcançar, o que constitui um entrave ao desen-

cados: A QUESTÃO DA GESTÃO EFICIENTE DE RECURSOS.”

A estratégia definida para a reforma em curso tinha como princípio orientador “reformular o sector da Saúde com base numa lógica sujeita ao primado do cidadão” e os eixos definidos eram, de acordo com Pereira (2004):

1. Instituição de uma dinâmica por via da separação formal entre a função “utente/cliente” (pagador) e a função “fornecedor” (prestador);
2. Desenvolvimento de uma cultura/prática de gestão empresarial em todas as unidades, que incentive a meritocracia e a produtividade;
3. Parcerias selectivas na gestão de algumas actividades, incluindo actividades directamente ligadas à prestação de cuidados e actividades de apoio, num quadro de total garantia de qualidade;
4. Criação de condições para uma regulação efectiva das relações entre todas as entidades, de forma a assegurar um desenvolvimento equitativo do sistema.

Pereira (2004) considerou como aspectos fundamentais e inovadores nesta reforma:

A) EMPRESARIALIZAÇÃO de um conjunto significativo de hospitais (31) com:

- Estatutos de Sociedades Comerciais Públicas (SA);
- Remuneração como contra-

partida da prestação dos cuidados de saúde;

- Recurso ao Contrato Individual de Trabalho.

B) PARCERIAS:

- Construção, financiamento e operação de novos hospitais do SNS por entidades privadas ou sociais no sistema BOT (*Built, Operate, Transfer*);
- Possibilidade de estabelecimentos públicos do SNS serem geridos por entidades privadas ou sociais, com contractualização de resultados.

Foi ainda criada no âmbito desta reforma a **ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS) – Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezem-**

bro, para obstar a que:

- houvesse a possibilidade de se desvalorizar a qualidade dos cuidados e a segurança do utente, em resultado da pressão pela maximização dos resultados;
 - houvesse a possibilidade de riscos de “desnatação” e de “selecção adversa”;
 - aumentasse a importância acrescida de fenómenos de “assimetria de informação” entre operadores e utentes.
- Como objectivos da ERS (art. 25º), menciona-se a necessidade de se manter a equidade, qualidade e direitos dos utentes:
- “Assegurar o direito ao ACESSO universal e igual de

todas as pessoas ao serviço público de saúde;

- Garantir adequados padrões de QUALIDADE dos serviços de saúde;
- Assegurar os DIREITOS e interesses legítimos dos utentes”.

Os Hospitais SA

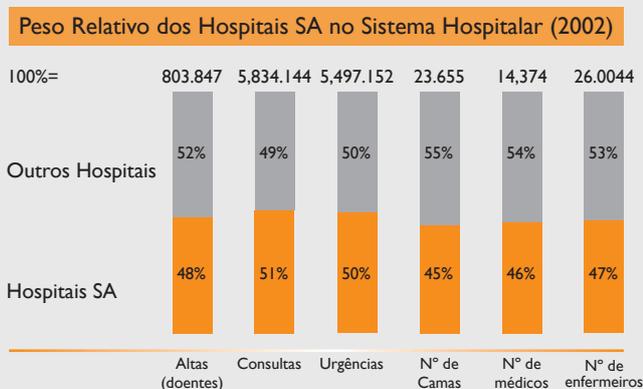
De acordo com Pereira (2004), “a empresarialização consiste na introdução de boas práticas de gestão e assenta nos seguintes princípios: reforço da autonomia e responsabilização da gestão dos hospitais; fixação e controlo de objectivos; reforço no enfoque da qualidade de prestação e na eficiência operacional e, promoção de maior envolvimento dos pro-

Figura 1: A empresarialização – Princípios e medidas subjacentes

PRINCÍPIOS	IMPLICAÇÕES/MEDIDAS	
1. Reforço da autonomia e responsabilização da gestão dos Hospitais	<ul style="list-style-type: none"> • Atribuição de maior autonomia e responsabilização pelos resultados aos Conselhos de Administração • Introdução de uma lógica de financiamento em função da produção efectiva (vs despesa gerada) 	A transformação em Hospitais SA é meramente instrumental para a implementação destes princípios de gestão
2. Fixação e controlo de objectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de instrumentos de planeamento da actividade • Desenvolvimento de ferramentas de acompanhamento do desempenho 	
3. Reforço do enfoque na qualidade de prestação e ne eficiência operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento de um vasto conjunto de iniciativas (p. ex., certificação dos hospitais) 	
4. Promoção de maior envolvimento dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Participação activa dos profissionais na definição de objectivos; • Implementação de programas de objectivos e incentivos 	

Fonte: PEREIRA, Luís Filipe (2004). «A minha Visão da Saúde em Portugal: Presente e Futuro». Conferência organizada pela Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, na Ordem dos Médicos, Outubro

Figura 2:
Peso relativo dos Hospitais SA no Sistema Hospitalar



OS HOSPITAIS SA REPRESENTAM CERCA DE 50% DO SISTEMA EM TODAS AS SUAS DIMENSÕES

Fonte: PEREIRA, Luís Filipe (2004). «A minha Visão da Saúde em Portugal: Presente e Futuro». Conferência organizada pela Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, na Ordem dos Médicos, Outubro

fissionais”. As medidas a tomar em cada um destes princípios podem ser visualizadas na Figura 1. A análise da Figura 2 permite concluir que os Hospitais SA representam cerca de 50% do sistema em todas as suas dimensões: internamentos, consultas, urgências, número de camas, número de médicos e número de enfermeiros.

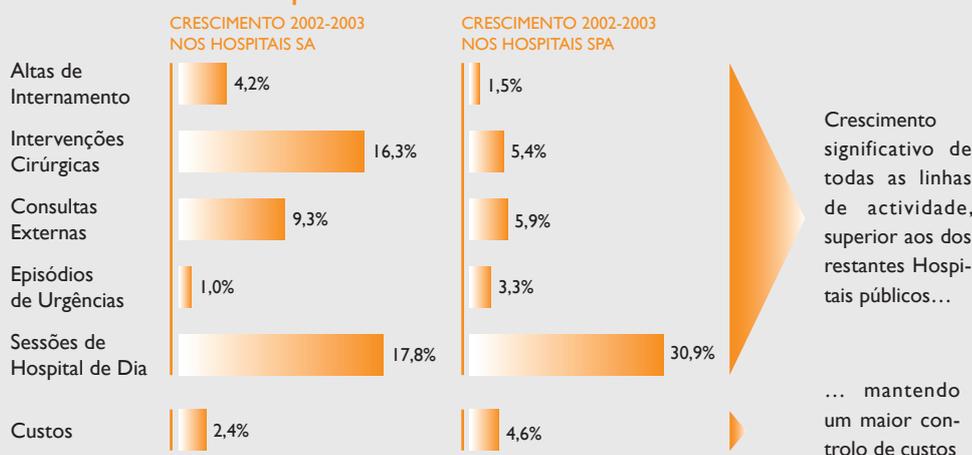
Quando aos resultados obtidos em 2003 pela rede SA, verifica-se pela análise da Figura 3 que o crescimento é significativamente maior nos Hospitais SA do que nos Hospitais SPA, designadamente ao nível das altas de internamento, das intervenções cirúrgicas e das consultas externas. O crescimento bastante significativo de 16,3% nas intervenções cirúrgicas (contra apenas

5,4% de crescimento nos Hospitais SPA) está directamente relacionado com a implementação do PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas nos Hospitais SA, que fez disparar o número de intervenções cirúrgicas.

Os Hospitais SA têm aspectos positivos e negativos. Entre os aspectos positivos salientam-se o facto de se tratar de um modelo empresarial de Direito Privado que permite maior racionalidade na gestão, autonomia na administração e a sua consequente maior responsabilização. A diminuição das burocracias e a facilidade na aquisição de bens e serviços, bem como a contratação de pessoal com base no Direito Laboral são outros factores vantajosos dos Hospitais SA.

Em relação aos aspectos negativos, chama-se a atenção para o facto de se tratar de um modelo construído provavelmente para servir uma estratégia de desorçamentação e de diminuição formal do défice das finanças públicas. Outro ponto negativo dos Hospitais SA são os custos administrativos associados à passagem a SA que são bastante significativos, nomeadamente custos com descontos para a Caixa Geral de Aposentações e custos com seguros para infra-estruturas, instalações, pessoal com contrato individual de trabalho,

Figura 3:
Resultados obtidos pela rede SA em 2003



Fonte: PEREIRA, Luís Filipe (2004). «A minha Visão da Saúde em Portugal: Presente e Futuro». Conferência organizada pela Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, na Ordem dos Médicos, Outubro

etc.. Estes custos não existiam quando o hospital pertencia ao SPA. O possível afastamento da responsabilidade política e diminuição da responsabilidade do Ministro da Saúde é outro aspecto negativo dos Hospitais SA. Trata-se de um modelo de financiamento que pode levar à limitação da oferta e no qual domina a eficiência económica sobre a efectividade (resultados financeiros a sobreporem-se aos resultados em saúde). A possível perda do sentido de rede e de sistema de saúde, bem como o agravamento da iniquidade em Saúde constituem outros pontos fracos dos Hospitais SA.

De ressaltar que alguns destes aspectos negativos poderiam ser colmatados por uma ERS bem organizada e estruturada. Todavia, as alterações inesperadas do quadro político pela dissolução da Assembleia da República e convocação de eleições vieram alterar o rumo dos acontecimentos com o candidato socialista a Primeiro-Ministro a afirmar que uma das suas primeiras medidas seria a transformação de todos os Hospitais SA de capitais exclusivamente públicos a EPE. O objectivo era lançar um aviso de que o SNS era parte do Sector Público do Estado sem quaisquer equívocos nesta afirmação pois que, em teoria, os Hospitais SA poderiam ser alienados no futuro

por serem uma sociedade por acções, apesar do Estado ser o único accionista.

Pouco depois da vitória socialista e da tomada de posse do actual Governo, José Sócrates fez cumprir a promessa eleitoral e os Hospitais SA passaram a EPE com a publicação do **Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 Dezembro**.

4 – O PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DOS HOSPITAIS SA EM EPE

O actual Governo deu início ao processo de conversão dos Hospitais SA em EPE, reconhecendo que os hospitais do Estado, em virtude da sua natureza jurídica de prestadores públicos de cuidados de saúde, devem manter as características inerentes ao seu estatuto de estabelecimentos que prestam um serviço público, contando com instrumentos de gestão mais adaptados às necessidades dos cidadãos.

Os Hospitais EPE encontrar-se-ão sujeitos a um regime rigoroso de serviço público ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional, quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento, como uma rede articulada de prestação de cuidados, com vista a integrar-se

no Plano Nacional de Saúde.

Com a entrada em vigor dos seus novos estatutos, os Hospitais EPE passarão e reger-se-ão pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS, pelas normas especiais cuja aplicação decorra do seu objecto social e dos seus regulamentos, e o pessoal em exercício de funções nas sociedades anónimas transformadas em entidades públicas empresariais mantêm o respectivo estatuto jurídico. (Conselho de Ministros. «Comunicado do Conselho de Ministros de 7 de Abril de 2005». <http://www.portugal.gov>.

[pt/Portal/PT/Governos/ Governos_Constitucionais/GC17/ Conselho_de_Ministros/Comunicados_e_Conferencias_de_Imprensa/20050407.htm](http://Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Conselho_de_Ministros/Comunicados_e_Conferencias_de_Imprensa/20050407.htm)

O que muda? (Quadros 1 e 2)

De acordo com o actual Ministro da Saúde, a transformação dos Hospitais SA em EPE traz a correcção do risco de privatização – capital estatutário público/impossibilidade de extinção por falência. Para além disso, Campos (2005) defende que os Hospitais EPE vão contribuir para que haja mais serviço público em detrimento do lucro e para maximizar a equidade no acesso, não permitindo a discriminação

Quadro 1: Empresas Públicas e Empresas Participadas

Empresas públicas	Empresas participadas
<p>Sociedades comerciais com influência dominante do Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maioria de capital social e/ou direito de designar a maioria dos membros dos órgãos de administração/fiscalização. 	<p>Sociedades comerciais com uma participação do Estado permanente, sem influência dominante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem maioria do capital social ou sem possibilidade de designar a maioria dos membros dos órgãos e de administração/fiscalização.
<p>Entidade Pública Empresarial – EPE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoa colectiva de direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com capital estatutário detido pelo Estado. 	

Fonte: Decreto-lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro

Quadro 2:
Empresas Públicas – Principais vectores de diferenciação

	SOCIEDADES COMERCIAIS COM INFLUÊNCIA DOMINANTE DO ESTADO	ENTIDADE PÚBLICA EMPRESARIAL – EPE
Natureza do capital	Estado detém pelo menos a participação maioritária do capital	Estado detém a totalidade do capital
Tipo de controlo financeiro	Revisor Oficial de Contas	Inspecção-Geral das Finanças
Extinção	Possibilidade de extinção por falência	Não aplicação das regras gerais de extinção por falência das sociedades

Fonte: CAMPOS, António Correia (2005). «Hospitais: Dos SA aos EPE». Conferência organizada pela Associação Portuguesa de Gestão e Engenharia Industrial, Maio.

negativa de doentes. É pretensão da actual Ministro da Saúde, fazer evoluir os métodos de financiamento no valor das prestações (ganhos em saúde) e não nos custos da produção e evoluir para um modelo de gestão mais descentralizado e participado, que possibilite uma visão integrada do sistema – maior ligação aos cuidados de saúde primários e continuados, aumentando assim a confiança dos consumidores/cidadãos nos serviços de saúde públicos prestados.

5 – UM OLHAR SOBRE O FUTURO

O XVII Governo Constitucional, ao transformar os 31 Hospitais SA em EPE, prevê tam-

bém no seu Programa que se proceda à avaliação externa das mudanças ocorridas e ao estudo do modelo económico dos hospitais que foram anteriormente transformados em sociedades anónimas. Nestes termos, a **Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, de 27 de Abril** procede à criação de uma equipa de projecto com o estatuto de estrutura de missão para, em estreita articulação com a Unidade de Missão dos Hospitais SA, as Administrações Regionais de Saúde, os serviços centrais do Ministério da Saúde, a Inspecção-Geral de Finanças e a Direcção-Geral do Tesouro, proceder à avaliação da experiência dos hospitais

que foram convertidos em sociedades anónimas e apresentar as propostas das medidas necessárias à revisão do respectivo modelo económico e organizacional. (Conselho de Ministros. «Resolução que cria a comissão para a avaliação dos Hospitais SA». http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20050427_MS_Doc_Hospitais_SA.htm)

De acordo com Ramos (2005), os Hospitais EPE serão a continuação dos actuais Hospitais SA na melhoria da eficiência e um aperfeiçoamento no aumento da eficácia e da equidade. Favorecer um ambiente amigável e confortável é um objectivo sem qualquer alteração. Melhorar a eficiência é outro objectivo sem alteração. Maior sensibilidade ao gasto, modelos flexíveis de gestão de recursos humanos (tendo por base os contratos individuais de trabalho), avaliação de desempenho, cultura de empreendedorismo e uma prática de meritocracia são, na perspectiva de Ramos (2005), elementos que se devem manter, aprofundar e aperfeiçoar. Também a monitorização dos indicadores de qualidade e a sua inserção nos critérios de sucesso é elemento essencial da actividade hospitalar.

Em suma, Ramos (2005), defende que o estatuto de EPE aplicado aos hospitais do SNS torna a situação mais clara e transparente: os hospitais terão gestão empresarial, flexível, sensível ao gasto, empenhada em recompensar o mérito, mas também responsável por prosseguir o interesse público, atenta às necessidades dos portugueses e preocupada com os riscos de discriminação no acesso.

Em suma, Ramos (2005), defende que o estatuto de EPE aplicado aos hospitais do SNS torna a situação mais clara e transparente: os hospitais terão gestão empresarial, flexível, sensível ao gasto, empenhada em recompensar o mérito, mas também responsável por prosseguir o interesse público, atenta às necessidades dos portugueses e preocupada com os riscos de discriminação no acesso.

CONCLUSÃO

Um olhar retrospectivo sobre as mudanças ocorridas nos últimos anos no sector hospitalar da Saúde, leva a concluir que existe uma procura constante do modelo económico e organizacional ideal para uma maior

eficiência e eficácia na prestação de serviços. As sucessivas opções tomadas pelos últimos Governos Constitucionais que alternam entre Hospitais EPE e Hospitais SA são disso exemplo. Assim, resumidamente, as alterações mais profundas ocorridas neste sector tiveram início com a publicação da **Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro**, que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procedeu à primeira alteração à Lei de Bases da Saúde. Esta lei veio estabelecer que os hospitais públicos passariam a poder revestir a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Na sequência da referida lei, o XV Governo Constitucional procedeu à transformação de 36 hospitais em sociedades anónimas, de forma a realçar a autonomia de gestão do SNS. No entanto, o processo de empresarialização da gestão hospitalar foi iniciado em 1998 pelo XIII Governo Constitucional, com a criação do Hospital de São Sebastião, tendo em vista a melhoria do desempenho e da eficiência económico-financeira do SNS. Entretanto, foram objecto de divulgação pública os resultados das actividades desenvolvidas e os níveis de produção atingidos

em 2003 pelos 31 hospitais SA, bem como as principais linhas de actuação para o ano de 2004. Assim se chega ao XVII Governo Constitucional, que transforma os Hospitais SA em EPE, procedendo à avaliação externa das mudanças ocorridas e ao estudo do modelo económico dos hospitais que foram transformados em sociedades anónimas. (Conselho de Ministros. «Resolução que cria a comissão para a avaliação dos Hospitais SA». http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20050427_MS_Doc_Hospitais_SA.htm)
Perante este cenário, é essencial que não nos esqueçamos que a SAÚDE, sendo um bem escasso, é considerada por quase todos os portugueses em inúmeras sondagens de opinião feitas ao longo do tempo como algo ESSENCIAL, de CARÁCTER UNIVERSAL e para o qual poderão estar dispostos a pagar um pouco mais através das contribuições do Orçamento de Estado ou mesmo num eventual seguro de carácter obrigatório, como no caso da Alemanha, entre outros países europeus. No caminho de uma reforma que se pretende tornar as estruturas de saúde mais eficazes e eficientes na gestão dos recursos postos à sua disposição e capazes de não discriminação

no acesso, é importante aproveitar os aspectos positivos das sucessivas reformas que têm sido levadas a cabo pelos diferentes Governos.

Esperamos que as recentes mudanças de SA para EPE não sejam um retrocesso num processo necessário de reforma e que as constantes mudanças nas estruturas das chefias hospitalares não sejam um prelúdio de que se muda para que fique tudo na mesma.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPOS, António Correia (2005). «Hospitais: Dos SA aos EPE». Conferência organizada pela Associação Portuguesa de Gestão e Engenharia Industrial, Maio.
- PEREIRA, Luís Filipe (2004). «A minha Visão da Saúde em Portugal: Presente e Futuro». Conferência organizada pela Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, na Ordem dos Médicos, Outubro.
- Conselho de Ministros. «Comunicado do Conselho de Ministros de 7 de Abril de 2005». http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Conselho_de_Ministros/Comunicados_e_Conferencias_de_Imprensa/20050407.htm.
- Conselho de Ministros. «Resolução que cria a comissão

para a avaliação dos Hospitais SA». http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20050427_MS_Doc_Hospitais_SA.htm.

- RAMOS, F. (2005). «Descodificar os hospitais». *Jornal Expresso*, edição n.º 1694.
- SIMÕES, J. (2004). *Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em Saúde: Da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- Decreto-lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968 (Estatuto Hospitalar)
- Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968 (Regulamento Geral dos Hospitais)
- Decreto-lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro (Lei de Gestão Hospitalar)
- Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto
- Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro
- Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, de 27 de Abril
- Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro

Artigo recebido para publicação em Agosto de 2005

Incidentes em Organizações de Saúde: o papel da gestão

Ângela Dias e João Bispo **Autores**

Resumo

Em qualquer organização existem incidentes. Nas organizações de saúde, de que os hospitais são exemplos paradigmáticos, os incidentes são múltiplos e diversos. O estudo apresentado visa estudar os incidentes enquanto sintomas de uma desadequação entre a organização e as necessidades dos seus utentes. Analisou-se a cadeia causal de factores que origina os incidentes, permitindo perceber a(s) patologia(s) da organização em estudo. Partiu-se da análise da parte visível do *iceberg* que sinaliza a(s) patologia(s) existente(s), procedendo-se posteriormente à identificação das causas que estão por detrás da ponta do *iceberg*.

Palavras-chave

Diagnóstico Organizacional, Trajectória, Incidentes, Efeitos e Causas

Title

Incidents in Health Care Organizations: the role of management

Abstract

Incidents occur in every organization. In health care organizations, of which hospitals are the most relevant institutions, the incidents are multiple and diverse. The present study looks into the incidents while symptoms of an inadequate articulation between the needs of the patients and the organization itself. The causal chain of events which cause the incidents were analysed in a specific organization and the *pathology(s)* were uncovered. Starting from the tip of the iceberg pinpointing the existing pathology(s) the study underwent a thorough analysis of the causes which are behind the tip of the iceberg.

Key-Words

Organizational Diagnostic, Pathway, Incidents, Effects and Causes

INTRODUÇÃO

A gestão de organizações de saúde é hoje um tema muito discutido na nossa sociedade. A escassez de gestores com uma cultura de gestão em saúde é grande e urge, cada vez mais, olhar para as instituições de saúde como organizações que necessitam de uma gestão eficaz e eficiente, dado que os recursos que lhe são destina-

dos não são ilimitados. A saúde é tendencialmente gratuita, mas custa dinheiro e tem que ser gerida de forma a que o seu acesso seja universal.

O estudo que a seguir se apresenta pretende demonstrar a utilidade de alguns instrumentos de diagnóstico organizacional e a pertinência da sua aplicação para o redesenho de processos chave na actividade prestada

pelas organizações de saúde, contribuindo assim para uma gestão mais eficaz e eficiente.

I – PROBLEMA DE PESQUISA E OBJECTIVO

O problema subjacente ao estudo foi deduzido à luz de diferentes conceitos teóricos que existem no âmbito da Gestão de Unidades de Saúde. Procedeu-se à aplicação de alguns ins-

trumentos de análise, com vista à realização do diagnóstico organizacional de um serviço de internamento em Medicina.

Os instrumentos de análise dos quais derivam as principais conclusões deste estudo são a HFMEA (*Health Failure Mode Effect Analysis*) e o *Stream Analysis*. A HFMEA é um instrumento de análise que permite identificar potenciais falhas e avalia os seus

efeitos sobre o cliente final que, neste caso, é o doente, identificando ainda as acções que poderiam eliminar ou reduzir a possibilidade de ocorrer a potencial falha (DeRosier, Stalhandske, Bagian e Nudell, 2002).

O *Stream Analysis* é um método que permite diagnosticar falhas no funcionamento da organização e planejar, implementar e conduzir as mudanças necessárias. Esta metodologia fornece uma ferramenta para implementação da mudança mais efectiva através do diagnóstico, planeamento e acompanhamento das acções implementadas (Porras, 1987).

Assim, o problema subjacente ao estudo consiste em **identificar os disfuncionamentos-chave na actividade prestada pelos colaboradores de um serviço de internamento em Medicina, utilizando para tal instrumentos de análise como o HFMEA e o Stream Analysis.**

A pertinência do problema formulado revela-se ao nível do desenvolvimento organizacional, na medida em que a sua resolução vai permitir a implementação de acções correctivas e de melhoria, com vista a eliminar os disfuncionamentos existentes.

A realização do estudo permitirá ainda dar resposta às seguintes questões:

- Qual é o tipo de cultura de gestão predominante na organização em estudo?
- Existe uma cultura de equipa forte no serviço em análise?
- O líder é reconhecido pelos seus pares?
- Os colaboradores do serviço estão motivados com o seu trabalho?
- Qual é tipo de *commitment* predominante no serviço?
- Quais são as estratégias de resolução de conflitos mais utilizadas pelos colaboradores do serviço?
- Quais são os principais incidentes que ocorrem no serviço, quais os seus efeitos e respectivas causas?
- Quais as acções a tomar para tornar a gestão do serviço mais eficaz/eficiente?

2 – REVISÃO DE LITERATURA

Como o estudo que a seguir se apresenta vai incidir sobre uma organização de saúde, importa que se faça previamente uma revisão da literatura existente acerca deste tipo de organizações que são altamente complexas e que têm característi-

cas muito particulares que as distinguem de todas as outras.

2.1 – As Organizações de Saúde enquanto burocracias profissionais

Utilizando o modelo de Mintzberg (1995) para caracterizar as organizações de saúde, facilmente se integram estas na categoria das burocracias profissionais. De acordo com este autor, quando o ambiente é estável e o trabalho a realizar é complexo, a burocracia profissional é a configuração estrutural mais adequada. As organizações de saúde caracterizam-se, assim, pela importância do centro operacional (balcanização, modularidade, ajustamento mútuo, estandardização por qualificações, formação e socialização) e pela fraqueza da tecnoestrutura (Zabada, 1998).

Na perspectiva de Nunes (1994), o facto de estas organizações desenvolverem um conjunto de actividades operacionais complexas, se bem que algo normalizadas, faz com que a coordenação do trabalho seja conseguida através da estandardização das qualificações. Os profissionais trabalham com uma grande independência. A sua forte formação dispensa quase completamente a tec-

noestrutura, enquanto que o apoio logístico tende a ser numeroso. Verifica-se a existência de descentralização tanto horizontal como vertical. Este contexto de acentuada autonomia por parte do centro operacional, que convive com um grupo que garante o apoio logístico, favorece a emergência de duas hierarquias paralelas: uma democrática que enquadra os operacionais, outra autocrática dirigida ao pessoal de apoio.

Também para Cremadez (1997), os hospitais funcionam como burocracias profissionais, onde coexiste uma elevada diferenciação e uma forte integração. A noção de diferenciação refere-se à divisão do trabalho em unidades distintas, com tarefas próprias e agindo face a um componente específico da envolvente. Os profissionais de saúde têm objectivos qualitativos e uma deontologia própria, encontram-se centrados sobre as tarefas e identificam-se muito mais com a profissão que exercem do que com o lugar onde a exercem. No caso das organizações de saúde, o centro operacional é objecto de uma forte especialização horizontal. O corpo médico é aparentemente mais democrático,

Ângela Isabel de Jesus Dias

angela_dias@iol.pt

Licenciada em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE. Adjunta para a Gestão do Departamento de Medicina do Hospital de Santarém. Mestranda em Gestão dos Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG.

Licentiate in Management of Human Resources by ISCTE. Administration Assistant for Management at the Department of Medicine of Santarém Hospital. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG.

João Bispo

j.bispo@mail.telepac.pt

Director do Departamento de Medicina do Hospital de Santarém. Médico Especialista em Nefrologia, Assistente Graduado no Hospital de Santarém.

Director of the Department of Medicine of Santarem Hospital. Consultant Nephrologist.

sendo sujeito a coligações múltiplas, efémeras e autocontrolado. O corpo de enfermagem é gerido de forma centralizada e hierárquica, sendo, por isso, controlado de forma mais estreita e mecânica.

Por outro lado, existe também a integração que consiste em reconhecer as diferenças e apoiar-se sobre elas para assegurar a convergência das acções face aos objectivos comuns. A força da integração depende da intensidade da diferenciação. A integração tem por objectivo compensar as forças de diferenciação que se exercem no seio da estrutura do hospital. Cremadez (1997), refere ainda que a via hierárquica é um instrumento limitado nas instituições de saúde devido à ruptura entre a linha hierárquica e o centro operacional. Assim sendo, a integração tem que ser feita através da standardização dos processos aplicável, principalmente, nas dimensões contabilística, financeira e gestão de pessoal. Outra forma de conseguir realizar a integração é através das comissões (por exemplo, comissão de higiene hospitalar).

2.2 – As Organizações de Saúde enquanto sistemas imperfeitamente conectados

A elevada diferenciação que se manifesta nas organizações de saúde, deixa perceber a dificuldade em integrar variáveis distintas, com relações complexas e, muitas vezes, imperfeitamente conectadas, o que dificulta o

desenvolvimento de estratégias correctas para a sua gestão. Os trabalhos de Orton e Weick (1990), revelam-se de grande utilidade para compreender estas organizações, ao identificar as possíveis fontes de conflito e formas de os gerir. O seu principal contributo foi o desenvolvimento da teoria das organizações enquanto sistemas imperfeitamente conectados. De acordo com estes autores, as organizações imperfeitamente conectadas, são definidas como o estado situacional em que os elementos constituintes interagem, mas onde são evidentes manifestações de separação e de identidades distintas. Estas organizações sugerem que em qualquer posição hierárquica (seja no topo, no nível intermédio ou no nível mais baixo da hierarquia), existem elementos interdependentes cujo grau de interdependência varia em número e força. Por um lado, estes elementos estão ligados e preservam algum grau de determinação (*coupled* = conectadas). Por outro lado, estes elementos são também objecto de mudanças espontâneas que preservam algum grau de independência e de indeterminação (*loosely* = imperfeitamente). O resultado é um sistema que é, simultaneamente, aberto e fechado, indeterminado e racional, espontâneo e liberal. Conectar bem dá fragilidade ao sistema. Logo, a desconexão faz com que as organizações evoluam e se desenvolvam.

2.3 – As Organizações de Saúde enquanto sistemas autoproduzidos e auto-sustentados

Na perspectiva de Silva (2005), nas organizações de saúde, não é possível alinhar todos os colaboradores numa relação perfeita e harmónica em torno de uma mesma concepção organizacional. Este autor considera que, mesmo existindo consenso em torno da missão que norteia os profissionais de saúde e dos compromissos de ordem ética pelos quais se pautam as diferentes actividades, assistir-se-á à necessidade de os responsáveis pela gestão procederem a uma negociação constante para a obtenção de compromissos entre os que defendem lógicas de mercado e os que defendem lógicas de regulação tutelar, entre os que defendem o predomínio de uma estabilidade eminentemente normativa e os que defendem a pertinência da mudança e inovação constantes. Assim sendo, a compreensão das organizações de saúde deve ser feita numa perspectiva sistémica, autoproduzida e auto-sustentada. De acordo com Weick (1993), “a configuração que uma organização toma (*design* organizacional) é o que as pessoas acreditam que a organização é, e o que as pessoas acreditam que a organização é, constitui a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, com efeito, o *design* da organização”.

Daqui se conclui que o *design* de uma organização afectará a capacidade de os gestores coordenarem e controlarem as actividades dos colaboradores no sentido de aumentar o desempenho organizacional. Deste modo, Silva (2005) defende que em lugar dos procedimentos visando a perfeição organizacional, como se os disfuncionamentos não fizessem parte da sua natureza intrínseca, com todas as consequências que tais procedimentos acarretam nas relações entre os actores organizacionais, importa reconhecer o disfuncionamento (e o erro) como inerente à própria organização, impondo-se medidas correctivas e não atitudes persecutórias que, com frequência, se traduzem na mera perseguição e sanção sobre os indivíduos. Na perspectiva deste autor, deve perceber-se que o *design* organizacional adequado deverá explorar as crises e a ineficácia, logo, importa reconhecer que uma arquitectura que albergue a perfeição não é mais do que uma quimera, impondo-se um entendimento segundo o qual, a organização é uma arquitectura inacabada e assente num constante ajustamento. Silva (2005), considera assim que o contributo de Weick nos remete para o reforço de um entendimento da organização, não tanto como algo que resulta de uma concepção apriorística formatada por uma arquitectura planeada e previsível.

vel, mas como algo que emerge em resultado e consequência dos actos dos indivíduos em interacção, logo, a organização em constante autoprodução.

2.4 – As Organizações de Saúde e a periferia do sistema

É a incapacidade para gerir o inesperado que provoca os erros que emergem na actividade quotidiana e que se encontram inscritos na própria matriz organizacional. Tudo o que é previsível e determinado é possível de ser planeado, automatizado e informatizado. Portanto, o desafio que se coloca hoje às organizações de saúde é o de enfrentar os incidentes, isto é, os acontecimentos que se produzem de maneira parcialmente imprevisível e surpreendente, que vêm perturbar o desenvolvimento normal do sistema de produção, ultrapassando a capacidade do sistema técnico assegurar a sua auto-regulação. Estes incidentes traduzem um questionamento interno ao sistema (eficiência) quanto à sua (in)capacidade de os evitar/resolver/avaliar, revelando a fronteira do sistema e, logo, a sua periferia (Rasmussen, 1994). O conceito de periferia do sistema é entendido, por Fragata e Martins (2004), como o conjunto de acontecimentos que a organização não tem capacidade de gerir adequadamente no seu funcionamento normal. Fazer face aos incidentes é, nesta perspectiva, estar atento ao meio, desenhar respostas

pertinentes e entendê-las, elas próprias, como um processo de acontecimentos no seio do qual se estudam diferentes opções e se implementam as mais adequadas. Trata-se de saber inventar respostas a um meio envolvente social complexo e em permanente mutação. A importância da análise destes incidentes radica sobretudo na sua natureza sinalizadora. Estes incidentes são a parte visível de um *iceberg* e, como tal, assinalam causas estruturais que estão subjacentes ao sistema organizacional, nas suas diferentes dimensões: a dimensão formal (objectivos, procedimentos, normas), a dimensão social (cultura, atitudes, níveis motivacionais, conflitualidade), a dimensão da tecnologia (competências, tecnologia) e a dimensão física (espaço físico, condições de trabalho, condições ambientais) (Porras, 1987).

O que permite detectar estes incidentes é a trajectória da doença – *Illness Trajectories* (Strauss, 1997). A trajectória refere não só o percurso fisiológico da doença de um determinado indivíduo, mas toda a organização do trabalho que se desenvolve ao longo deste percurso e o impacto nos envolvidos, bem como a sua organização. Este conceito envolve, por isso, a sequência de tarefas expectáveis e, algumas vezes, rotinizadas, mas que são sujeitas a múltiplas e inesperadas contingências e a uma imensa variedade de eventos que ocorrem pelo menos com as doen-

ças crónicas contemporâneas. Assim, o estudo da trajectória pressupõe um controlo inesperado das contingências provenientes não só da própria doença e do paciente, mas por vezes também da organização/mobilização das competências e recursos organizacionais. Outra característica crucial do trabalho na saúde é a de que o produto que está a ser trabalhado, não é inerte, desprovido de sentir.

Estas características afectam de modo diferenciado os vários tipos específicos de cada trajectória, ao longo das suas várias fases, potenciando a sua complexidade e imprevisibilidade. A gestão destas trajectórias deve, assim, centrar-se na antecipação e no controlo das contingências que ocorrem de um modo inesperado e desconhecido, que a complexidade e especificidade de cada caso configuram.

3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1 – Método de pesquisa

O objecto de investigação do estudo é a actividade prestada pelos colaboradores de um serviço de internamento em Medicina. Dado que se realiza um diagnóstico organizacional do serviço, estabelecendo-se, posteriormente, uma relação entre o diagnóstico efectuado e os disfuncionamentos encontrados, o método de investigação que melhor se adequa à problemática deste estudo é o método descritivo que tem como objectivo caracterizar o

estado actual de um determinado objecto de investigação (Reto e Nunes, 1999).

3.2 – Amostra

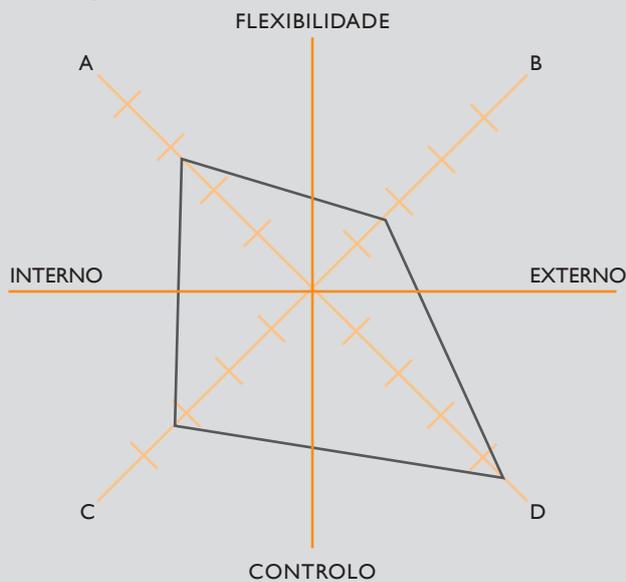
A amostra utilizada é probabilística, mais especificamente, trata-se de uma amostra aleatória simples, uma vez que a escolha dos inquiridos não foi submetida a qualquer critério de selecção. O dimensionamento da amostra foi calculado de forma a reflectir a proporção de colaboradores existentes em cada categoria profissional no serviço. Ou seja, dos 8 médicos existentes foram inquiridos 5; dos 20 enfermeiros foram inquiridos 13; dos 12 auxiliares de acção médica foram inquiridos 5 e responderam ainda aos questionários 2 administrativos do serviço. Tentou-se abranger todas as categorias profissionais existentes no serviço, recolhendo a maior diversidade de perspectivas e enriquecendo o trabalho com o contributo de profissionais das diversas categorias, em que todos eles estabelecem um contacto diferente com o doente.

3.3 – Técnicas de recolha de dados

A recolha de dados foi feita através dos seguintes questionários:

1. Avaliação dos Modelos de Gestão, adaptado de Quinn (1988);
2. Diagnóstico da Cultura de Equipa, adaptado de Blake, Mouton, e Allen (1988);
3. Avaliação dos Compor-

Figura 1:
Avaliação dos Modelos de Gestão



- tamentos Empresariais: A Perspectiva Pessoal, adaptado de Quinn (1988);
4. Avaliação dos Comportamentos Empresariais: A Perspectiva dos Outros, adaptado de Quinn (1988);
 5. Índice Potencial Motivador (Hackman e Oldhman, 1980);
 6. *Commitment*;
 7. Estratégias para a Resolução do Conflito.

Paralelamente, foram utilizadas outras técnicas como a realização de entrevistas abertas e a observação directa no local de trabalho. O objectivo fundamental destas duas últimas técnicas de recolha de dados foi o de captar o contributo dos diversos profissionais de saúde existentes no serviço (médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica), de uma forma enriquecedora e compreensiva, permitindo definir o circuito do doente internado em Medicina. Este circuito, por sua vez, facilita a identificação de incidentes que ocorrem em cada uma das suas fases. Identificados os incidentes, procede-se à análise dos efeitos e à detecção das suas causas.

4 – RESULTADOS

A aplicação dos questionários referidos permitiu traçar o seguinte diagnóstico organizacional. Em relação ao perfil global da

cultura, verificou-se que estamos perante uma organização que apresenta, maioritariamente, características do modelo dos objectivos racionais (Cameron e Quinn, 1999), como se pode visualizar na Figura 1. Existe a necessidade premente de maximizar os resultados e a organização preocupa-se em rentabilizar os seus meios, através de uma elevada racionalização de recursos. É ainda uma organização com uma cultura burocrática muito forte.

Em relação à cultura de equipa existe uma implicação dos membros e um compromisso global em alcançar os resultados propostos. A delegação, o espírito de equipa e o empenhamento são factores tidos em grande consideração (ver Figura 2).

A liderança do serviço é representada por um indivíduo reconhecido pelos seus pares. A perspectiva pessoal que este manifesta acerca da sua própria actuação é bastante positiva, como se pode constatar pela visualização da Figura 3.

O Índice Potencial Motivador (IPM) permite avaliar o nível de motivação dos colaboradores numa organização, quantificando cinco variáveis (a variedade, a identidade, o significado, a autonomia e o *feedback*). Verificou-se que o nível de motivação dos profissionais das diferentes categorias é moderado, exceptuando os auxiliares de acção médica que apresentam um IPM francamente baixo (ver Quadro 1). Isto deve-se

Figura 2:
Diagnóstico da Cultura de Equipa

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NÃO CARACTERÍSTICO			EM PARTE CARACTERÍSTICO			ABSOLUTAMENTE CARACTERÍSTICO		
Direcção									
Reuniões									
Conflitos									
Objectivos									
Inovação									
Comunicação									
Descrição de postos de trabalho									
Delegação									
Qualidade									
Avaliação e controlo de resultados									
Espírito de Equipa									
Compromisso e empenho									

ao facto de os auxiliares manifestarem que as funções que desempenham não constituem um todo identificável, com um resultado visível. No entanto, mesmo ao nível médico e de enfermagem, os valores do IPM não são muito elevados, o que está relacionado com o *feedback* dos agentes que apresenta valores baixos.

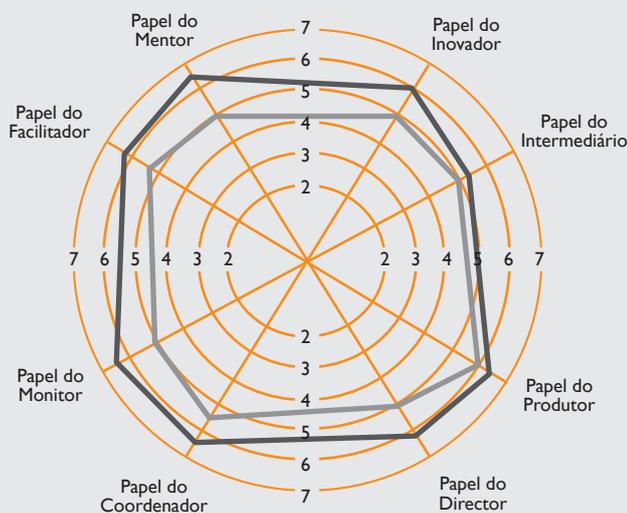
O tipo de *commitment* que os colaboradores manifestam na relação que mantêm com a instituição revela que existe uma forte ligação afectiva com a organização. O *commitment* afectivo é o que assume maior importância, seguindo-se de imediato o *commitment* de con-

tinuação (ver Quadro 2). As estratégias mais utilizadas pelos colaboradores para a resolução do conflito são a colaboração e o compromisso (ver Quadro 3). O evitamento é a estratégia que obteve menor pontuação. O valor 16 obtido para a estratégia de acomodação correlaciona-se com o facto de existir um *commitment* de continuação ainda significativo nesta organização. As pessoas que tendem a ter uma atitude mais acomodada são, certamente, aquelas que têm um *commitment* de continuação, permanecem na organização apenas porque precisam, não manifestando qualquer desejo

de propor melhorias. Efectuado o diagnóstico organizacional, estudou-se a trajetória do doente internado em Medicina, desde que entra no hospital até ao momento da alta (ver Figura 4). Esta escolha tem a ver o facto de estarmos perante um serviço de internamento onde os problemas que se vivem (designadamente, o crescente aumento do número de doentes internados, que leva à existência de macas diariamente nos corredores das enfermarias), conduzem à ocorrência de incidentes que, pela sua gravidade, merecem ser analisados. Quase a totalidade dos do-

entes que são internados em Medicina entra pela Urgência. Assim, as etapas pelas quais o doente passa são as seguintes: admissão na Urgência; transferência para o serviço de internamento; internamento no serviço e alta. Cada etapa foi dividida em subetapas, de forma a facilitar a identificação de incidentes ao longo de toda a trajetória do doente. Foram analisadas e ponderadas as suas causas, bem como os seus efeitos, que deram origem a um conjunto de acções a tomar. A HFMEA – instrumento de diagnóstico utilizado – permitiu detectar que a causa com maior severidade e frequência era o

Figura 3: Director de Serviço: A perspectiva pessoal e a perspectiva dos seus subordinados



Quadro 1: IPM das diferentes categorias profissionais

Categoria Profissional	IPM	Desvio-Padrão
Médicos	131,51	14,57
Enfermeiros	129,90	16,61
Auxiliares de Acção Médica	77,07	21,32

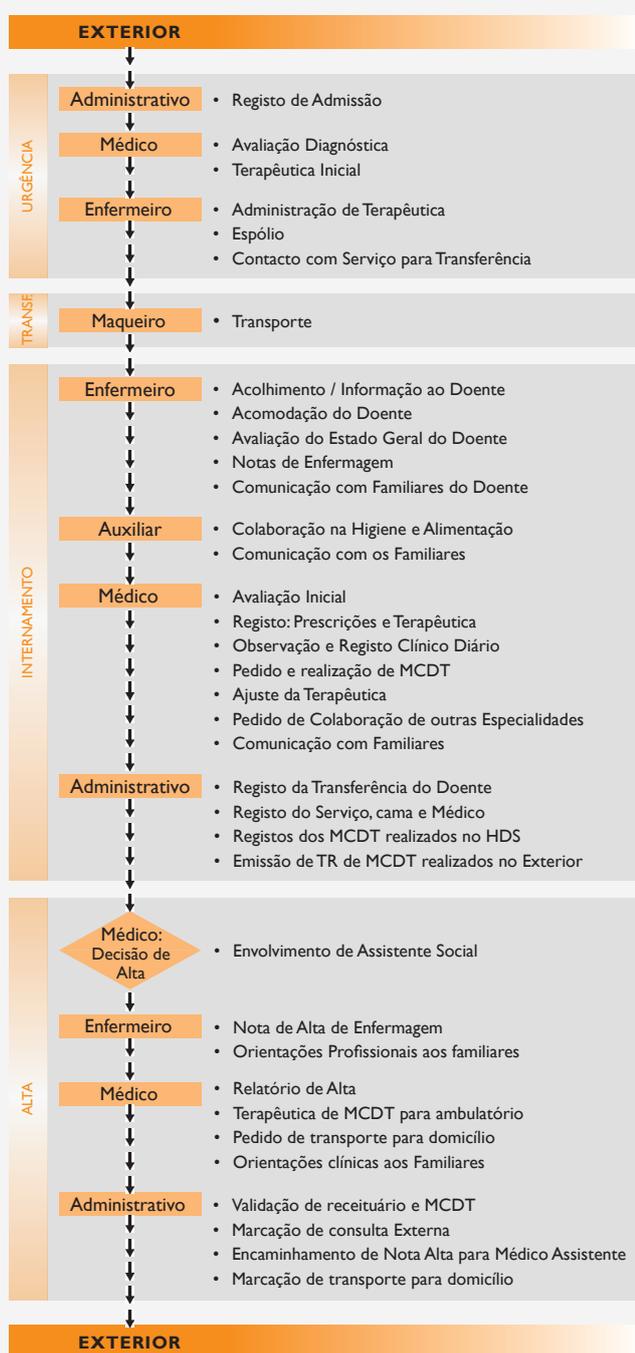
Quadro 2: Tipo de Commitment manifestado pelos colaboradores

Commitment Normativo	Commitment de Continuação	Commitment Afectivo
22	26	28

Quadro 3: Estratégias de resolução de conflitos mais utilizadas pelos colaboradores

Colaboração	Acomodação	Compromisso	Competição	Evitamento
18	16	18	16	12

Figura 4:
Fluxograma que representa a trajetória do doente internado em Medicina



número excessivo de doentes internados/sobrecarga de trabalho dos profissionais. Identificado este problema/sintoma na organização do serviço de internamento, desenvolveu-se uma abordagem às causas organizacionais que lhe estão na origem, permitindo desenvolver um projecto que intervenha de modo sistémico no *stream* de causas. O modelo utilizado para o efeito foi o *Stream Analysis* (Porrás, 1987).

O diagnóstico permitiu identificar os problemas sintoma (demora média elevada; sobrecarga de trabalho/número excessivo de doentes; desmotivação dos profissionais) e os problemas *core* (quadro de pessoal desajustado da realidade; informatização insuficiente; definição de competências/funções inadequadas; condições inadequadas; deficiente organização do trabalho médico; doentes mais velhos e com maior comorbidade). Com vista a solucionar os problemas *core* que estão na origem do número excessivo de doentes internados/sobrecarga de trabalho dos profissionais, são propostas acções a tomar, definidas por ordem de prioridade:

1. Estabelecer acordos com hospitais de retaguarda para transferência de doentes;
2. Reorganizar o espaço interno do serviço;
3. Informatizar o processo clínico;
4. Informatizar o pedido de exames e terapêutica para ambulatório;

5. Informatizar os pedidos de observação interna;
 6. Avaliar sistematicamente o tempo de resposta de pedidos consultadoria interna;
 7. Remodelar a sala de espera do serviço de Urgência;
 8. Remodelar/profissionalizar a equipa de Urgência;
 9. Diminuir a carga horária dos médicos no serviço de Urgência;
 10. Reavaliar competências internas e ajustar formação dos auxiliares de acção médica;
 11. Alterar as condições de contratação dos auxiliares de acção médica;
 12. Adequar os recursos humanos às necessidades;
 13. Compatibilizar formação, objectivos e sistema de avaliação de desempenho;
 14. Criar condições para apoio domiciliário a doentes;
 15. Agilizar processos internos de forma a responder às necessidades de hotelaria em tempo útil;
 16. Implementar processos de auditoria interna: Processo de Revisão de Utilização (PRU), Processo de Programação de Alta (PPA), Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica e Auditorias Clínicas.
- A implementação deste plano de acção traz melhorias significativas, quer em termos de reestruturação do espaço físico, quer em termos de reorganização dos processos internos, contribuindo, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

O trabalho realizado permitiu concluir que os problemas que se vivem diariamente nos hospitais e outras instituições de saúde estão relacionados com a organização global do Sistema de Saúde. É primordial ter um sistema a funcionar em rede. Os hospitais não podem substituir os Centros de Saúde, nomeadamente, no que se refere ao atendimento de Urgência. A articulação com estes Centros e com os médicos de família é fundamental para responder à insuficiente acessibilidade dos cuidados médicos. Outro aspecto não menos importante é a articulação com outros parceiros na Comunidade. Esta passa pelo estabelecimento de acordos/parceiras com os outros actores da região: Unidades de Cuidados Continuados (públicas, privadas ou Instituições Particulares de Solidariedade Social), Apoio Domiciliário, Unidades de Cuidados Paliativos/Unidades para Doentes Terminais.

As medidas propostas podem ainda ser analisadas sob o ponto de vista da viabilidade económico-financeira. Nesta perspectiva, a melhor integração entre todas estas estruturas de cuidados de saúde contribui para a melhoria da assistência prestada em termos de cuidados médicos, com menor dispendio de recursos financeiros. A gestão dos recursos passa a ser feita de forma mais racional, integrada e continuada, tirando-

se partido das sinergias criadas entre todas as estruturas sociais envolventes.

Em suma, o estudo apresentado exemplifica a análise de uma trajectória de doença numa instituição de saúde, donde resultou a identificação de incidentes e a análise das suas causas, com a consequente implementação de medidas correctivas que se traduzem em desenvolvimento organizacional. Pretende-se ilustrar a mudança de uma óptica de resolução de problemas em *single looping* para uma visão de *double looping*, em que se procura detectar a causa mais estruturante do problema e resolvê-lo na sua origem (Argyris e Schon, 1978). Fomenta-se o incremento de uma filosofia de *deutero-learning*, em que o sujeito aprende a modificar ou desenvolver o seu modo de aprender, tirando lições da experiência, ou seja, o sujeito aprende a aprender. Trata-se de uma filosofia de *learning organization* (organização qualificante) que proporciona às pessoas novos desafios e, conseqüentemente, potencia o desenvolvimento das suas competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARGYRIS, C. and D. SCHON (1978). *Organizational Learning: A Theory-in-action Perspective*. Reading: Addison Wesley.
- BLAKE, R., MOUTON, J. and ALLEN, R. (1988). *Culture d' Equipe: La Grille des Équipes Gagnants*. Paris: Éditions d'Organizations.
- CAMERON, K. and QUINN, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. EUA: Addison-Wesley.
- CREMADEZ, M. (1997). *Le Management Stratégique Hospitalier*. Inter Editions.
- DEROSIER, J., STALHANDSKE, E., BAGIAN, J. and NUDELL, T. (2002). «Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System». *Journal on Quality Improvement*, vol. 28, n.º 5, pp. 248-267.
- FRAGATA, J. e MARTINS, L. (2004). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Lisboa: Almedina.
- HACKMAN, J. and OLDHAM, G. (1980). *Work Redesign*. Reading: Addison-Wesley.
- MINTZBERG, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- NUNES, F. (1994). «As Organizações de Serviços de Saúde: Alguns elementos distintivos». *Revista Portuguesa de Gestão*, vol. III/IV, pp. 5-28.
- ORTON, J. and WEICK, K. (1990). «Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization». *Academy of Management Review*, vol. 15, n.º 2, pp. 203-223.
- PORRAS, J. (1987). *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- QUINN, R. (1988). *Behind Rational Performance: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*. S. Francisco: Jossey-Bassey Publishers.
- RASMUSSEN, J., PEJTERSEN, A. and GOODSTEIN, L. (1994). *Cognitive Systems Engineering*. John Wiley and Sons, Inc.
- RETO, L. e NUNES, F. (1999). «Métodos como Estratégia de Pesquisa: Problemas Tipo numa Investigação». *Revista Portuguesa de Gestão*, n.º 1, pp. 21-32.
- SILVA, Carlos Dias (2005). «Palestras no âmbito da disciplina de Gestão de Recursos Humanos». Conferência organizada pelo Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG, Abril.
- STRAUSS, A. and FAGERHAUGH, S. (1997). *Social Organization of Medical Work*. Transaction Publishers.
- WEICK, K. (1993). «Organizational Redesign as Improvisation» In Huber G., Glick W., *Organizational Change and Redesign: Ideas and Insight for improving performance*.
- ZABADA, C., RIVERS P. and MUNCHUS, G. (1998). «Obstacles to the application of total quality management in health-care organizations». *Total Quality Management*, vol. IX, pp. 57-66.

Artigo recebido para publicação em Agosto de 2005

Cuidados Continuados no Centro de Saúde: um desafio para o futuro

José Luís Nunes **Autor**

Resumo

Os Cuidados Continuados (CC) de Saúde constituem uma das áreas de intervenção prioritárias e de importância crescente no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. A implementação deste tipo de cuidados depara-se, muitas vezes, com dificuldades de vária índole ao nível dos Centros de Saúde (CS), quer seja no âmbito da cultura organizacional, estilo de liderança ou do trabalho em equipa. O presente estudo aborda esta problemática ao nível do Centro de Saúde W (CSW), procedendo não só ao diagnóstico da situação em relação ao modelo de gestão, ao estilo de liderança e funcionamento da equipa de trabalho, mas recorrendo também a instrumentos, como a FMEA e o *Stream Analysis*, os quais analisam eventuais falhas e disfuncionalidades na prestação deste tipo de cuidados. Os resultados reforçam a necessidade de apostar no diálogo, no empenhamento, no compromisso e na responsabilidade como ferramentas necessárias à mudança organizacional que se julga indispensável acontecer.

Palavras-chave

Cuidados Continuados, Mudança Organizacional, Liderança

Title

Continuous Care in Health Centres: a challenge for the future

Abstract

The Continued Care (CC) of Health is one of the highest priority areas of intervention and increasing importance in the scope of the Primary Care of Health. The implementation of this type of care is come across, many times, with difficulties of various nature to the level of the Health Centre (HC), either in the scope of the organizational culture, leadership style or team work. The present study approaches this problematic to the level of the Heath Center W (HC W), proceeding not only to the diagnosis of the situation in relation to the management model, to the leadership style and functioning of team work, but also appealing instruments, such as the FMEA and the Stream Analysis, which analyse eventual imperfections and dysfunctional ways when provide this type of care. The results strengthen the necessity to bet in the dialogue, the engagement, the commitment and the responsibility as necessary tools to the organizational change that it judges indispensable to happen.

Key Words

Continued Care, Organizational Change, Leadership

INTRODUÇÃO

Constituindo-se os Centros de Saúde (CS) como peças fundamentais de todo o Serviço Nacional de Saúde Português, e sendo responsáveis pela prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população que a ele acorre, naturalmente deverão responder a este objectivo de forma efectiva e eficiente. Uma das áreas a contemplar é,

por exemplo, os Cuidados Continuados de Saúde.

No presente estudo aborda-se a problemática da prestação dos Cuidados Continuados (CC) de Saúde ao nível dos CSP, num CS que designamos de Centro de Saúde W (CSW).

O CS W, como Unidade de Saúde integrada nos CSP, deverá responsabilizar-se pela prestação de CC à população

que deles necessitam. Tendo em conta a legislação relativa à Rede de Cuidados de Saúde (Decreto-lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro), cabe aos CS “promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos, em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológi-

ca susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal de vida”. A concretização das tarefas inerentes à prossecução dos objectivos enunciados implica, a partida, uma empenhada

participação de todos os grupos profissionais da Instituição e, de modo mais evidente, os enfermeiros e os médicos. No entanto, a realidade deixa transparecer algumas diferenças no que diz respeito ao empenhamento e envolvimento desses grupos profissionais.

Assim, o objectivo de investigação deste estudo é descrever e analisar a realidade dos CC no CSW, recorrendo-se a um diagnóstico, onde se evidenciarão eventuais disfunções, suas causas e efeitos e respectivas inter-relações, propondo-se, ainda, algumas pistas para melhoria da sua performance. Neste estudo analisam-se, ainda, as percepções da cultura organizacional, as características da liderança e do trabalho em equipa e o seu possível impacto no actual “estado da arte” dos CC no CSW. Face ao exposto, passa-se a apresentar a metodologia utilizada e respectivos resultados obtidos.

I – METODOLOGIA, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Tendo-se centralizado este estudo de caso no CSW, definiu-se como prioritário investigar alguns aspectos relacionados quer com o modelo de gestão da organização e a sua liderança, quer com algumas características do funcionamento da equipa de trabalho, tendo sido

aplicados questionários adaptados e testados nestas áreas.

Os questionários foram distribuídos a 86,6% do total dos funcionários (105) do CSW, com uma taxa de devolução (resposta) de 81,7%. Foram abrangidos três grupos profissionais: médicos, enfermeiros e administrativos.

O Modelo de Gestão foi avaliado através do questionário «Avaliação dos modelos de gestão em organizações de saúde», adaptado de Quinn (1988). Para o diagnóstico da Cultura de Equipa foi utilizado um questionário homónimo, elaborado por Lopes, numa adaptação de Blake, Mouton e Allen (1988). A avaliação do «Commitment» foi baseada no questionário de Meyer e Allen (1997).

Para a percepção da liderança, na perspectiva pessoal e na dos colaboradores, aplicou-se o questionário, adaptado de Quinn (1988), «Avaliação dos comportamentos empresariais».

Uma organização que se dispõe a analisar o seu próprio funcionamento no sentido de proceder às mudanças necessárias para poder melhorar a sua performance, necessita identificar e analisar as suas eventuais disfunções relacionadas com o *core problem*, sendo neste caso os CC. Para este fim, foram aplicados dois instrumentos de avaliação: a FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) e o Modelo *Stream*

Analysis (Fragata e Martins, 2004). Quaisquer destes instrumentos foram aplicados a uma equipa multiprofissional, “desenhada” para o efeito e constituída essencialmente por elementos com ligação aos CC (3 médicos, 3 enfermeiras, 2 administrativas e uma técnica do serviço social, no total de 9 elementos).

2 – RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo, será subdividida

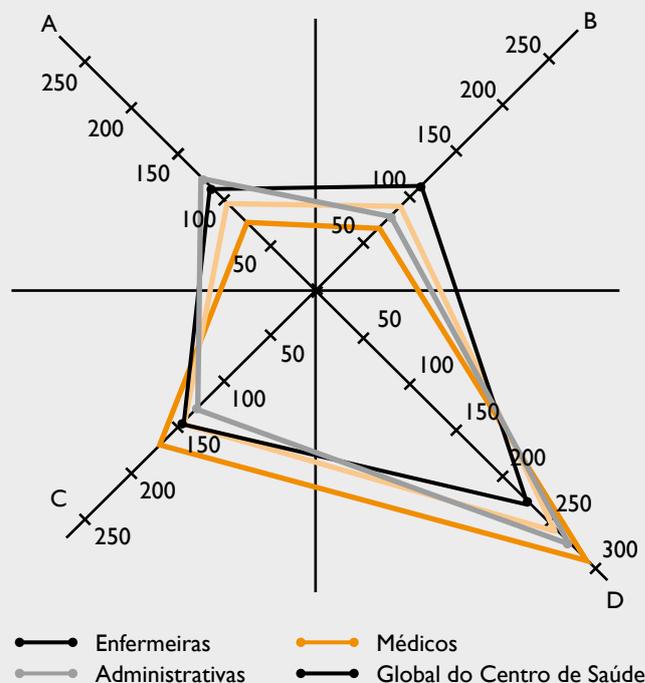
em três subcapítulos: 3.1) Gestão da Organização; 3.2) Liderança e Mudança Organizacional e 3.3) Análise das Disfunções.

2.1 - GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO

2.1.1 - O Modelo de Gestão

Partindo do Modelo de Análise dos Valores Contrastantes de Quinn (1999), que teoriza as quatro orientações ou modelos de cultura organizacional (Objectivos Racionais, Relações

Figura I:
Avaliação do Modelo de Cultura Organizacional do Centro de Saúde W



José Luís Nunes

jlcunes@netcabo.pt

Chefe de Serviço de Clínica Geral do Centro de Saúde de Rio de Mouro. Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG.

Consultant in Primary Health Care at the Health Care Centre of Rio de Mouro. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG.

Humanas, Sistemas Abertos e Processos Internos), aplicou-se o questionário de avaliação da cultura organizacional (adaptado de Quinn, 1988). A cultura organizacional é determinada tendo em conta seis dimensões culturais diferentes: características dominantes, liderança, princípios base, clima organizacional, critérios de sucesso e estilo de gestão.

As organizações, têm necessidade de garantir um elevado nível de equilíbrio entre os quatro quadrantes, bem como, em aceitar um certo nível de desequilíbrio sem que isso coloque em risco a sua capacidade em lidar com a mudança e o conflito.

Na Figura 1, representam-se os resultados da percepção das três principais categorias pro-

fissionais, ou seja, os administrativos, enfermeiros e médicos, bem como o resultado global, isto é, a média aritmética do conjunto dos profissionais que responderam ao questionário.

Da análise das percepções da cultura organizacional dos diferentes grupos profissionais denota-se a existência de alguma discrepância. No entanto, observamos que o perfil global do CS aponta para uma organização onde a estabilidade e o controlo são os factores que actualmente predominam. Enfatiza-se uma gestão orientada para os resultados onde os profissionais são “convidados” a aderir à competitividade e à prossecução de objectivos. O sucesso da organização é orientado, sobretudo, em termos de posicionamento

no “mercado de saúde”, a sua produtividade e a sua eficiência, desequilibrando as restantes práticas gestionárias.

Parece ser igualmente importante a ênfase que se dá ao cumprimento das regras e dos procedimentos formais, apostando na estabilidade, na performance com eficiência e nos baixos custos. O investimento na procura de novas soluções, no relacionamento e cumplicidade com as pessoas/profissionais, isto é, na flexibilidade, é subestimado.

2.1.2 – Diagnóstico da Cultura de Equipa

O questionário aplicado, adaptado de Blake, Mouton, e Allen (1988), permitiu a análise das 12 características das equipas: direcção, reunião, conflitos, objectivos, inovação, comunicação, descrição de postos de trabalho, delegação, qualidade, avaliação e controlo de resultados, espírito de equipa, compromisso e empenho.

objectivos, inovação, comunicação, descrição dos postos de trabalho, delegação, qualidade, avaliação dos desempenhos e controlo dos resultados, espírito de equipa, bem como compromisso e empenhamento.

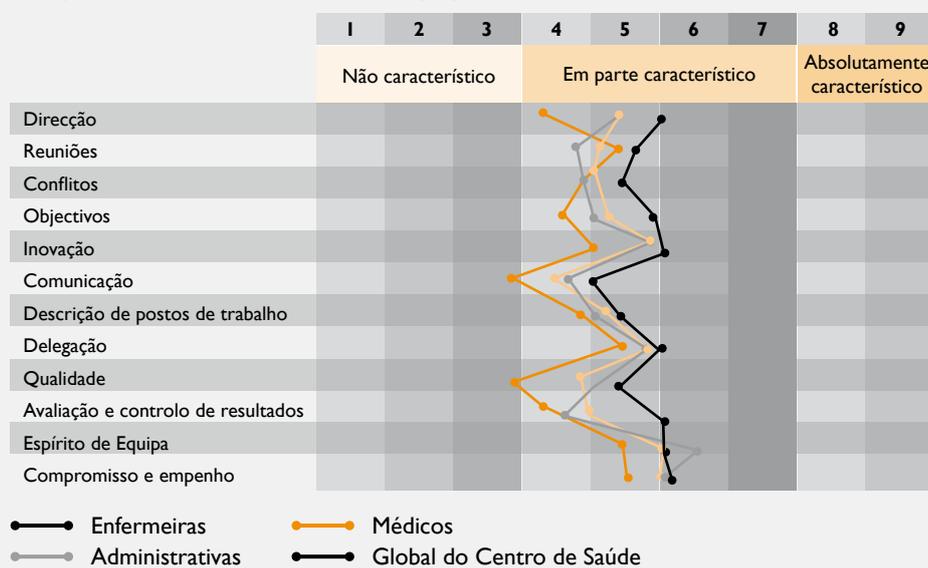
Da análise dos resultados (Figura 2) constata-se que o grupo profissional que mais pontos fortes apresenta é o da enfermagem, em oposição aos médicos com valores inferiores em todas as características. No entanto, é interessante observar que apesar desta discrepância de valores, na maioria das características há uma semelhança sobre os aspectos mais fortes e os menos fortes. A única característica onde os resultados são antagónicos é a direcção. O resultado global apresenta como pontos mais fortes, o compromisso e o empenhamento, bem como o espírito de equipa; como pontos mais fracos, aparecem a comunicação (o mais crítico), a qualidade, a avaliação de desempenho e o controlo dos resultados. Os resultados do grupo dos administrativos são idênticos ao da média global.

2.1.3 – Avaliação do Commitment

O envolvimento organizacional tem sido analisado quer numa base unidimensional quer numa base multidimensional. No âmbito das abordagens de orientação unidimensional podemos

Figura 2:

Diagnóstico da Cultura de Equipa do Centro de Saúde W



Quadro I:
Avaliação do *commitment*, por grupo profissional e por dimensão

Dimensão	Administrativos	Auxiliares de Apoio e Vigilância	Enfermeiros	Médicos	Técnicos	GLOBAL
Commitment Afectivo	30	31	37	36	35	34
Commitment Continuação	37	38	32	31	34	34
Commitment Normativo	32	33	34	33	33	33

identificar como mais comuns as perspectivas que conceptualizam a ligação das pessoas às organizações como sendo de natureza afectiva (*affective commitment*), de continuidade (*continuance* ou *calculative commitment*) ou ainda,

normativa (*normative commitment*) (Meyer e Allen, 1997). O diagnóstico realizado pretende deduzir alguns sentimentos das pessoas para com a organização, referido como *commitment*, nas três dimen-

sões: afectivo, o de continuação e o normativo.

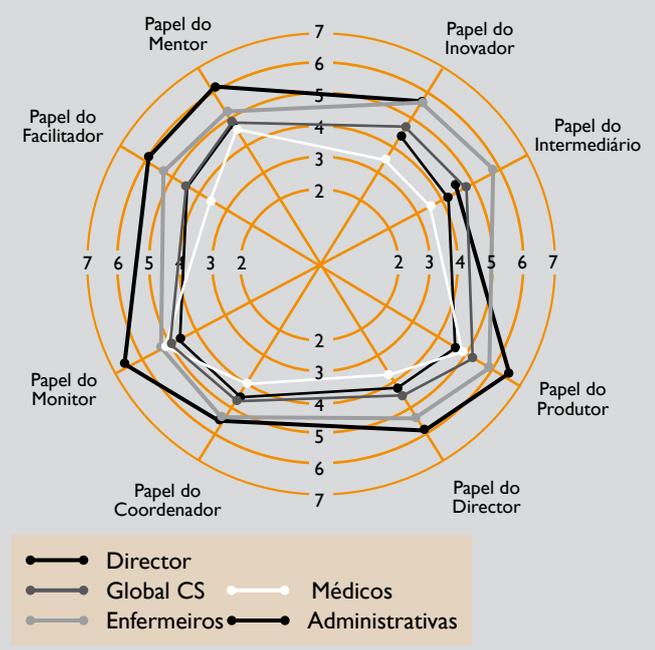
O Quadro I apresenta os resultados obtidos nos mesmos grupos profissionais, constatando-se que os enfermeiros e os médicos são aqueles que apresentam uma ligação afectiva mais forte com a organização, contrariamente aos administrativos que parecem apostar essencialmente na continuidade.

podem incumbir. Ao serem criados novos contextos, os líderes forçam novos comportamentos nos seus colaboradores.

Os questionários de avaliação dos comportamentos foram aplicados quer na perspectiva pessoal da equipa gestora da organização, quer na perspectiva dos funcionários da mesma. A Figura 3 apresenta os resultados relativos à avaliação dos comportamentos empresariais, confrontando a perspectiva pessoal do Director da Instituição face à perspectiva dos 3 grupos profissionais já citados, bem como àquele que resulta da média do conjunto dos profissionais do CS. A discrepância entre a auto e hetero-percepção é bem evidenciada, conforme se observa na figura.

Por se considerar eventualmente relevante ter uma visão mais parcelar apresentam-se nas Figuras 4 e 5, os resultados comparativos entre as perspectivas dos médicos *versus* o Director do CS, bem como a perspectiva do grupo de enfermagem *versus* o seu superior hierárquico, o Enfermeiro-Chefe.

Figura 3:
Avaliação dos comportamentos empresariais na perspectiva do Director do Centro de Saúde W, *versus* três grupos profissionais e média global da Instituição



2.2 – A LIDERANÇA E A MUDANÇA ORGANIZACIONAL

É a liderança que permite levar a organização a aceitar a mudança e a ambiguidade, criando projectos visionários e coerentes, potenciando ainda que se transformem em organizações aprendentes. Esta noção de líder da mudança organizacional implica uma gestão de pessoas que terá de compatibilizar as práticas táticas com as estratégicas (Bennis, 1992 e Lopes, 2000, citados por Nascimento, 2003).

A condução da mudança pode passar pela criação/alteração dos contextos organizacionais. Esse é um papel de que os líderes se

Figura 4:
Director e Médicos do Centro de Saúde W

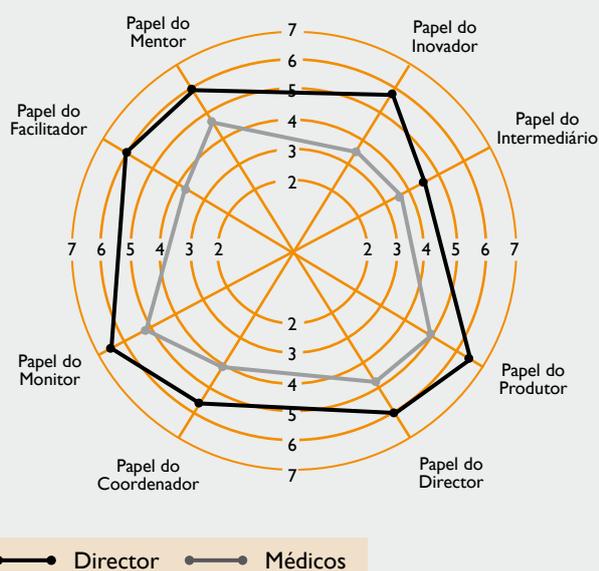
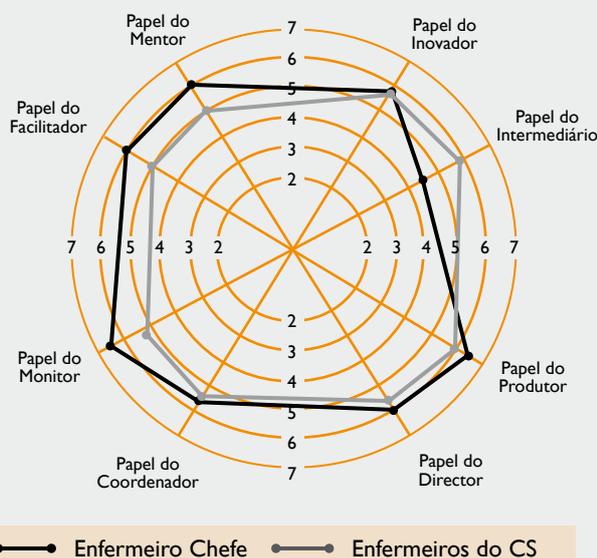


Figura 5:
Enfermeiro Chefe e Enfermeiros do Centro de Saúde W



Esta análise permite evidenciar que existe uma avaliação relativamente coincidente sobre os papéis de liderança percebidos pela equipa de enfermagem e pela própria chefia directa. São evidenciados todos os papéis com valores bastante significativos, sublinhando-se na heteropercepção uma maior ênfase nos papéis do contexto externo.

Relativamente à avaliação efectuada pelos médicos e pela auto-percepção do Director do CS, constata-se um apreciável desfasamento nas percepções relativas ao estilo de liderança. A auto-percepção revela uma elevada auto-estima. No entanto, ambas as percepções manifestam ênfase para os papéis associados ao eixo do controlo (Monitor, Director e Produtor). Face aos resultados obtidos e em consonância com a percepção do líder do CS, é visível a tendência para se considerarem como papéis de gestão mais relevantes, o de produtor e de monitor, orientando-se a gestão essencialmente para a tarefa, mobilizando-se os profissionais para aceitarem a responsabilidade, cumprindo prazos, mantendo um elevado índice de produtividade e estimulando a concretização dos objectivos estabelecidos.

2.3 – ANÁLISE DAS DISFUNÇÕES

Admitindo, como Strauss (1997), e no âmbito dos CC,

que o objecto central da prestação dos cuidados de saúde é a gestão da trajectória da doença (*illness trajectories*) de cada indivíduo objecto desse tipo de cuidados, é reconhecido que tal “caminho” é impregnado de incerteza e contingência e de etiologia muito variada.

Foi neste âmbito que se aplicaram os dois instrumentos de análise já referenciados, a FMEA e o modelo de *Stream Analysis*.

2.3.1 – FMEA

Sendo a FMEA um instrumento de análise de falhas (DeRosier, Stalhandske, Bagian e Nudell, 2002), permite identificar para cada etapa da trajectória da doença, as falhas que aí ocorrem, os respectivos efeitos e as causas que os provocam.

Tendo em conta o âmbito deste trabalho, limitar-nos-emos a apresentar para cada etapa e as diferentes actividades possíveis para cada uma delas, as falhas mais relevantes que a equipa diagnosticou no âmbito dos CC no CS W (Quadro 2).

De acordo com os resultados destaca-se, como resultante de todo um conjunto de falhas que foram detectadas, uma equipa em que existe algum grau de disfuncionalidade, algum deficit de articulação com a família e instituições-chave da comunidade. Foram igualmente constatadas algumas necessidades formativas nesta área de intervenção dos CSP.

Quadro 2:
As falhas mais relevantes para as etapas da trajectória da doença

ETAPA	ACTIVIDADES/ACÇÕES	FALHAS MAIS RELEVANTES	
Doente nos Cuidados Continuados	Entrada Via Hospitalar	Ausência de informação médica, de enfermagem e/ou do serviço social	
	Entrada Via Centro de Saúde	Informação clínica inexistente ou insuficiente Deficiente articulação entre sectores profissionais	
Doente no Domicílio	Logística Domicílio	Difícil acesso às ajudas técnicas	
	Apoio Familiar	Falta de informação por parte da família, pouco presentes e desmotivados	
	Intervenção do Serviço Social e da Comunidade		Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) insuficiente e acesso moroso às ajudas técnicas
			Deficiente articulação com outros sectores profissionais
			Competências profissionais insuficientemente esclarecidas
	Intervenção do Sector Administrativo		Falta de informação sobre CC e indefinição do papel a desempenhar nos CS
			Dificuldade na articulação entre administrativos / médicos / doente / família
			Insuficiente resposta médica e programação de visitas domiciliárias
			Gestão da "agenda médica" pouco adaptada aos cuidados continuados
	Intervenção do Sector de Enfermagem		Desconhecimento das actividades inerentes ao sector de enfermagem dos CC
			Ausência de uma equipa multidisciplinar e apoio / articulação insuficiente com o Médico de Família
			Insuficiente informação clínica; fraca partilha da informação sobre o doente e/ou família
Intervenção do Sector Médico		Insuficiente participação médica nos CC e ausência de coordenador médico	
		Agendamento de visitas domiciliárias em CC, inferior às necessidades	
		Insuficiente informação clínica no processo clínico do doente	
		Desresponsabilização de alguns médicos, relativamente ao seu papel nos Cuidados Continuados	
		Dificuldades na abordagem de doentes terminais	
Articulação com o Hospital e/ou Instituições		Dificuldade na referência hospitalar	
		Descontinuidade no apoio hospitalar ao doente em Cuidados Continuados	

2.3.2 – Modelo Stream Analysis

O *Stream Analysis* permite uma análise mais aprofundada de um problema. No actual trabalho, e após concretização da FMEA, foi abordado o problema que pareceu ser o mais grave, ou seja, as disfunções na equipa de CC.

Identificaram-se 32 problemas, os quais foram categorizados ao nível de cada *stream* (organização formal, factores

sociais, tecnologia e factores físicos), estabeleceram-se as respectivas relações causa-efeito, permitindo identificar não só os *core problem*, mas também os sintomas.

Tal como em relação à FMEA e tendo em conta o âmbito deste trabalho, limitamo-nos a apresentar no Quadro 3 a listagem dos problemas detectados e os principais *core problems* e sintomas.

Face aos resultados apresentados, constata-se que um dos *core problem* principais é a indefinição de uma estratégia de desenvolvimento dos CSP, estando na base de todo um conjunto de sintomas que se vão manifestando ao nível de qualquer equipa de saúde, e muito particularmente naquela que existe a nível dos CC.

O *gap* que existe entre as expectativas que os profissionais

do sector da saúde – particularmente os médicos – alimentavam quando abraçaram os CSP, e a realidade, traduz-se numa manifesta desmotivação, fraco envolvimento na equipa e baixa performance.

CONCLUSÃO

O presente estudo, ao abordar a problemática dos CC no âmbito dos CSP e mais precisamente no CS W, procedeu ao diag-

Quadro 3:

Listagem dos problemas detectados, *core problems* detectados e sintomas.

STREAM	PROBLEMAS	CORE PROBLEMS RELEVANTES	SINTOMAS RELEVANTES
Organização Formal	<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição de uma estratégia de desenvolvimento dos CPS; • Inexistência de uma estratégia mobilizadora para os CC; • Inexistência de coordenador médico; • Médicos de família trabalham de forma isolada; • Ausência de incentivos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição de uma estratégia de desenvolvimento dos CSP; • Inexistência de Coordenador; • Médico e Médicos de Família trabalham de uma forma isolada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de estratégia mobilizadora para os CC.
Factores Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos não assumem, em pleno, as funções de Médico de Família; • Insatisfação com as remunerações médicas; • Actividade médica pouco gratificante; • Desmotivação dos médicos e sobrecarga de trabalho médico; • “Agenda médica” pouco adaptada em relação aos CC; • Deficiente articulação aos sectores profissionais; • Insuficiente partilha de informação na equipa de CC; • Pressão sobre os profissionais; • Fraca cultura de prestação de CC, aglutinadora de equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos não assumem, em pleno, as suas funções. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca cultura de prestação de CC, aglutinadora de equipa; • Desmotivação dos médicos; • Resposta médica insuficiente e não adaptada aos CC; • Insuficiente partilha de informação na equipa de CC.
Tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa gestora do CS não mobilizadora dos profissionais; • Escassez de médicos e elevado n.º de utentes sem médico; • Insuficiente formação médica em CC; • Insuficiente resposta médica a pedidos de domicílios em CC; • Informação clínica insuficiente ou inexistente; • Diminuta monitorização dos cuidados médicos e de enfermagem; • Dificuldades na delimitação das competências técnicas; • Sistema de informação não adaptado às exigências dos CC; • Pouca autonomia administrativa nos CC; • Parque de viaturas para os CC, insuficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipa gestora do CS não mobilizadora dos profissionais; • Escassez de médicos e elevado n.º de utentes sem médico; • Sobrecarga de trabalho médico; • Diminuta formação médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Agente médica” pouco adaptada aos CC; • Insuficiência ou inexistência de informação clínica; • Insuficiente monitorização dos cuidados médicos e de enfermagem.
Espaço Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de trabalho único e pequeno; • Ambiente de trabalho pouco atractivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de trabalho único e pequeno. 	

nóstico da situação recorrendo à FMEA e ao *Stream Analysis* permitindo, desse modo, detectar todo um conjunto de falhas merecedoras de uma análise mais aprofundada e respectivas propostas de resolução.

Foram igualmente analisadas as percepções da cultura organizacional, do estilo de liderança e do trabalho em equipa, o que permitiu ter uma noção mais clara das respectivas características, eventuais fragilidades e correspondentes medidas para melhorar a eficácia organizacional. Face aos resultados obtidos é perceptível a disponibilidade dos seus profissionais para encarar o processo de mudança como algo absolutamente necessário para assegurar a verdadeira missão dos CSP, nomeadamente na área dos CC.

Foi evidenciada a necessidade de apostar no diálogo (comunicação interna), no empenhamento, no compromisso e na responsabilidade como ferramentas indispensáveis à eficácia do trabalho da equipa e, como tal, fundamentais à mudança organizacional necessária.

Nascimento (2003) cita vários autores que tendem a apontar que é a liderança que proporciona uma cultura de confiança e que leva a organização a aceitar a mudança, criando projectos visionários, envolvendo as pessoas e fomentando a aprendizagem individual e colectiva.

Zammuto, Gifford e Goodman (2000) citados por Nascimento (2003) referem que a cultura da qualidade deve manifestar um relativo equilíbrio entre os quatro quadrantes, embora com um ligeiro desequilíbrio para a flexibilidade. Segundo os autores, é fundamental para esta evolução uma redefinição dos processos de liderança. Parece ser este o sentido de mudança necessário ao CSW.

Constituindo, os CS, uma ampla plataforma de relações interpessoais onde é possível, desejável e bem-vindos os modelos de gestão propiciadores de ganhos em saúde, referimos, apenas como exemplo, dois deles: o serviço *within* ou integrado e a gestão em rede.

O primeiro dos modelos, ao defender a inversão da tradicional representação da pirâmide de autoridade, deverá propiciar as melhores condições àqueles que directamente contactam com os utilizadores. A gestão assume-se como um serviço e os gestores passam a ser olhados não como alguém que existe para ser servido, mas para servir, apoiando o pessoal que contacta directamente com o cliente. O pessoal da linha da frente constitui-se como o “embaixador” e/ou a imagem da organização.

Em determinadas circunstâncias, como por exemplo os CC, em que a prossecução de determinado objectivo pode

implicar a colaboração de diferentes especialistas e/ou sectores profissionais, um dos modelos de gestão mais adequados é aquele que se designa por *spider web*, ou seja, organização em “teia de aranha”. Face a um problema complexo, a solução que se procura deverá constituir-se como o resultado da discussão/colaboração de vários *experts* nas áreas em questão.

Acreditando, como Michel Godet, que sendo “o futuro a razão de ser do presente” dever-se-á discutir o presente, porque o futuro existe e está ao nosso alcance! Assim sendo, a excelência organizacional deverá estar sempre presente na nossa visão, incutindo-nos as energias necessárias para o desenvolvimento sustentado das nossas organizações.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- BLAKE, R., MOUTON, J. and ALLEN, R. (1988). *Culture d' Equipe: La Grille des Équipes Gagnants*. Paris: Éditions d'Organizations.
- CAMERON, K. and QUINN, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. EUA: Addison-Wesley.
- DEROSIER, J., STALHANDSKIE, E., BAGIAN, J. e NUDELL, T. (2002). «Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient

Safety's Prospective Risk Analysis System». *Journal on Quality Improvement*, vol. 28, n.º 5, pp. 248-267.

- FRAGATA, J. e MARTINS, L. (2004). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Lisboa: Almedina.
- JESUÍNO, J. (1999). *Processos de Liderança*. Lisboa: Livros Horizonte.
- MINTZBERG, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- NASCIMENTO, G. (2003). «A Gestão Estratégica das Pessoas e o Desenvolvimento Organizacional». Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: ISCTE.
- PORRAS, J. (1987). *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- QUINN, R. (1988). *Behind Rational Performance: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*. S. Francisco: Jossey-Bassey Publishers.
- REGO, A. e CUNHA, M. (2003). *A Essência da Liderança – Mudança, Resultados e Integridade*. Lisboa: RH Editora.
- STRAUSS, A. and FAGERHAUGH, S. (1997). *Social Organization of Medical Work*. Transaction Publishers.

Artigo recebido para publicação em Agosto de 2005

Os pilares fundamentais da *Clinical Governance*

Helena Bugada **Autor**

Resumo

Clinical Governance é um conceito que surgiu recentemente e relativamente ao qual as organizações de saúde actuais já não podem ficar alheias. É um conceito que tem necessariamente que ser interiorizado por este tipo de instituições, de forma a que estas realizem uma gestão eficaz e eficiente dos recursos que são limitados, envolvendo todos os actores que têm um papel activo na realização da sua actividade-chave – prestar cuidados de saúde. A Governação Clínica assenta em alguns pilares fundamentais que facilitam o caminho para uma filosofia de Gestão pela Qualidade Total. Só assim se poderá ir ao encontro das expectativas dos utentes – são os utentes a razão da existência das organizações de saúde –, prestando cuidados de saúde de elevada qualidade, contribuindo deste modo para a sua satisfação e, conseqüentemente, para a melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-chave

Melhoria Contínua da Qualidade, Pilares fundamentais da Governação Clínica, Qualidade de vida

Title

The main pillars of Clinical Governance

Abstract

Clinical governance is a recent concept and at the present time the health care organizations cannot ignore this. It is a concept that should be adopted by these institutions so they can manage efficiently and effectively their limited resources, involving its agents in their key-activity to provide health care services. The clinical governance is based on some fundamental pillars, which facilitate the way to a total quality management philosophy. This is the only way to achieve the patients expectations - the patients are the "raison d'être" for the health care organizations - giving health care with high quality is contributing to the patient's satisfaction and consequently to an improvement of their life quality.

Key-Words

Continuous Improvement of Quality, Fundamental pillars of Clinical Governance, Life quality

INTRODUÇÃO

A **GOVERNAÇÃO CLÍNICA** (*Clinical Governance*) é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. Envolve todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contri-

buto de cada um para a qualidade dos cuidados, implica esforço conjunto da equipa para identificar aspectos que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes. Este último aspecto é importante, não bastando prestar bons cuidados, mas sendo necessário

demonstrá-lo, para confiança de colegas e cidadãos.

I – A NECESSIDADE DE REPENSAR A SAÚDE EM PORTUGAL

A Saúde em Portugal deve ser repensada, nomeadamente no âmbito da sua **ESTRUTURA**, dos seus **PROCESSOS** e, conseqüentemente, dos seus **RESULTADOS**. A organização dos

serviços de saúde deve igualmente ser redesenhada para ter a eficácia necessária. Só assim o sistema e os serviços de saúde terão efectividade, ou seja, só deste modo chegarão aos resultados desejados com eficiência (resultados desejados a baixo custo, conseguindo-se estabelecer uma boa relação custo-benefício). É primordial que gestores e

profissionais da saúde entendam que os hospitais, bem como todos os outros serviços de saúde, só têm uma razão de ser: o DOENTE, para o atendimento das suas necessidades de forma cada dia mais efectiva. Sem QUALIDADE o sistema torna-se um caos, um “anti-sistema” ou um “não-sistema”, gerando um prejuízo elevado não só financeiramente, como também ética e socialmente. Assim, torna-se necessário dar dignidade ao sistema, tornando-o mais responsável, mais “responsivo” às necessidades dos seus clientes (doentes e familiares). É preciso mudar não só as rotinas e os procedimentos mas, sobretudo, a mentalidade e a acção dos que elegeram a profissão de “gestores da saúde e da vida”. Cada organização de saúde tem que definir a sua MISSÃO, a sua VISÃO, os seus VALORES, os seus princípios e tem que adequar a sua estrutura à obtenção dos resultados desejados. Os serviços de saúde não podem continuar a ser avaliados apenas quantitativamente (número de altas, taxa de ocupação, número de consultas realizadas, número de profissionais, etc.). É necessário começar a avaliá-los também qualitativamente: saúde

produzida, educação ou formação dada, satisfação garantida, sofrimento evitado, erros prevenidos e decisões acertadas.

O mundo está a passar por grandes transformações e o sistema de saúde precisa de se adequar a elas. Hospitais e outros serviços de saúde devem mudar não apenas fisicamente, mas também na sua atitude em relação ao doente. O alargamento dos cuidados de saúde a um número cada vez maior de pessoas levou a uma maior exigência por parte dos cidadãos, exigindo uma contínua melhoria da qualidade desses mesmos cuidados, no que se refere às mais avançadas tecnologias, a uma cultura de eficiência no uso dos recursos que são escassos e a uma medicina cada vez mais segura, tolerando cada vez menos os erros dos profissionais e/ou do sistema.

E é aqui que o conceito de GOVERNAÇÃO CLÍNICA tem lugar. A Medicina tem de ser exercida de forma cada vez mais transparente à luz da opinião pública, cumprir o que a sociedade espera dela, apresentando-lhe contas, isto é, ser *accountable*. Estas expectativas envolvem a negação da doença como uma fatalidade do destino, passando a ser algo para

a qual o médico tem de ter resposta adequada. Para isto, é necessário fazer-se uma gestão de cuidados de saúde baseados na evidência, de forma a prevenir os erros que possam surgir, praticando uma política de QUALIDADE TOTAL.

2 – ESPECIFICIDADES DO SECTOR DA SAÚDE

Do ponto de vista económico, a GOVERNAÇÃO CLÍNICA não se pode exercer como uma administração de uma qualquer empresa, tem as suas próprias especificidades.

1. No que concerne à procura (que é rígida), os utilizadores procuram maximizar o consumo de saúde de maneira a ficarem com mais “capital saúde”, mais bem-estar, para aumentarem as suas aptidões e poderem ser mais produtivos e terem melhor qualidade de vida;
2. A oferta não segue as regras do mercado, pois o período de formação dos profissionais é muito prolongado e os custos de mão-de-obra são elevados;
3. A actividade é regulamentada, isto é, os prestadores devem garantir o bem-estar do doente, mas concomitantemente assegurar o aumento dos seus activos financeiros;

4. O lucro não é o objectivo de todas as instituições de saúde, os factores de produção bem como os *outputs* numa organização de cuidados de saúde não são comparáveis aos de uma empresa;

5. Os equipamentos com tecnologia de ponta e sofisticados têm custo elevado e rapidamente se tornam obsoletos no tempo;

6. A existência de incerteza quanto ao estado de saúde do doente, quanto ao nível da determinação da prestação de cuidados de saúde, quanto aos custos dos meios auxiliares de diagnóstico e de tratamento e ainda a assimetria de informação entre os prestadores e os utilizadores;

7. A existência de problemas éticos: a todo o momento face à escassez de recursos, o médico tem de fazer escolhas, havendo ainda a registar o juízo de valor dos doentes e a própria ética do médico.

3 – UM MODELO DE GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL – EFQM

Uma organização de saúde deve ser encarada como uma unidade de produção, com entrada de clientes/utentes e saída dos

Helena de Fátima Ventura Bugada

helenabugada@netcabo.pt

Médica Estomatologista. Grau de Consultora no Hospital Egas Moniz. Assistente-Convidada de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa. Pós-Graduação em Direcção de Unidades de Saúde do INDEG/ISCTE. Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde do INDEG/ISCTE (2005/2006). Secretária Geral da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS).

Consultant Dental Surgeon. Lecturer in Oral Surgery at the Faculty of Dental Medicine of Lisbon. Post-Graduation in the Direction of Health Care Units by ISCTE/INDEG. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG. General Secretary of the Portuguese Society for Health Care Management SPGS.

mesmos, mais saudáveis e satisfeitos. É necessário que este processo seja feito ao mais baixo custo, com o menor desperdício, com a melhor qualidade e o mais rapidamente possível.

A aplicação de um modelo que vise alcançar uma conduta de excelência sustentável nos resultados da actividade e que forneça uma visão de sucesso às organizações, tal como o modelo do *European Foundation for Quality Management* (EFQM), que reflecte os princípios da Qualidade Total enquanto filosofia de gestão (*Total Quality Management*) tem toda a pertinência na gestão das nossas unidades de saúde. Este modelo baseia-se nos seguintes critérios:

a) Critérios de MEIOS:

- Liderança – medidas dos dirigentes na sustentação, apoio e promoção da cultura da Gestão pela Qualidade Total;
- Políticas e Estratégia – desenvolvimento de uma visão, valores, objectivos, planos e acções, que traduzam os princípios da qualidade na gestão da organização;
- Gestão de Pessoas – gestão dos colaboradores para que todo o seu potencial seja libertado e aplicado na melhoria contínua do serviço (foco mais no processo de trabalho do que nos trabalhadores);
- Uso de Recursos e Parcerias – gestão eficaz e eficiente dos recursos, nomeadamente financeiros, informacionais e tecnológicos;
- Processos e Procedimentos – identificação, gestão, avaliação e melhoria contínua das

actividades, com valor acrescentado para a organização.

b) Critérios de RESULTADOS:

- Satisfação dos funcionários – satisfação das necessidades e expectativas de todos os colaboradores;
- Satisfação dos clientes/utentes – satisfação das necessidades e expectativas dos clientes externos/utentes;
- Impacto na Sociedade – satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere a organização;
- Resultados-Chave da *Performance* – concretização de objectivos definidos, com gestão criteriosa dos recursos financeiros da organização.

O modelo EFQM enfatiza os conceitos fundamentais da excelência: a liderança e constância de propósitos, o desenvolvimento e envolvimento das pessoas, a aprendizagem, inovação e melhoria contínuas, a responsabilidade, a gestão dos processos, o desenvolvimento de parcerias, o enfoque no cliente/utente e a orientação para os resultados.

Em suma, a *Clinical Governance* só pode ser exercida em pilares sólidos, caso contrário não resistirá aos reveses da história.

4 – PILARES DA CLINICAL GOVERNANCE

Os pilares fundamentais sobre os quais tem que assentar a *Clinical Governance* são a seguir apresentados.

4.1 – Processos de Melhoria Contínua da Qualidade

Este pilar é também designado de *Total Quality Management*

(TQM) e focaliza-se mais no processo de trabalho do que nos trabalhadores, envolvendo a existência de auditorias clínicas. A auditoria é o método usado pelos profissionais de saúde para avaliar e melhorar, de forma sistemática, os cuidados ministrados aos doentes de forma a melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Para se exercer a auditoria clínica, é necessário que sejam aplicados os protocolos de controlo diagnóstico e terapêutico, com base na elaboração de excelentes histórias clínicas e dentro do marco ético de actuação dos profissionais médicos da instituição. Estes três ingredientes: protocolos, histórias clínicas e ética profissional asseguram a qualidade dos cuidados e previnem ou contestam factos diante de eventual reclamação pelo doente ou seus familiares quanto a supostos actos de má prática clínica.

O processo de auditoria deverá incluir os seguintes elementos:

- Definição de *standards*, critérios, alvos ou protocolos de boa prática médica, em relação aos quais a performance possa ser comparada;
- Colheita sistemática de dados objectivos da performance – resultados ou *outcomes*;
- Comparação destes resultados com os *standards* esperados ou em *benchmarking* com os melhores;
- Identificar deficiências ou desvios e corrigi-los;
- Monitorizar os efeitos destas acções – fechar o ciclo da auditoria.

A auditoria permite comparar a

performance do grupo ou serviço e dos indivíduos dentro dele. É um método que serve ainda objectivos didácticos, permite corrigir vícios de atitude e permite mesmo a progressão de *standards* terapêuticos. Traduz ainda uma postura defensiva em relação a Administradores, Colégios e Governos, atitude que contribui para uma maior credibilização das práticas médicas e facilita uma melhor gestão de recursos humanos e de meios técnicos ao nível dos serviços. As auditorias servem assim a Gestão da Qualidade.

4.2 – Liderança na Equipa Clínica

A liderança é uma dimensão essencial da fiabilidade de uma organização (Edmondson, 2003). As organizações de saúde modernas necessitam de líderes que sejam visionários, capazes de ouvir e de trabalhar em equipa, comprometidos com a qualidade e com as necessidades dos doentes.

O líder deve: definir uma direcção a tomar (missão), definir uma visão mobilizadora e disruptiva para o desenvolvimento organizacional e alinhar os elementos da organização, empenhando-os na concretização da mudança, inspirando-os e motivando-os, individual e colectivamente, utilizando o relacionamento informal. O líder deve ainda centrar a organização no utente/cidadão, comprometer toda a organização com o atendimento das necessidades desse mesmo utente, substituir a fiscalização pela monitorização dos processos, minimizar

o custo da “não-qualidade” assumindo o risco, reconhecer e premiar o mérito, praticar *benchmarking* e superar metas.

4.3 – Prática Baseada na Evidência

Actualmente temos os meios adequados para fazer face aos desafios da prática de medicina baseada na evidência. Isto inclui uma necessidade de informação válida sobre o diagnóstico, prognóstico e terapêutica, diariamente, pois as fontes tradicionais de informação como livros, revistas e/ou conferências poderão estar desactualizadas ou ser ineficientes. A existência de revisões sistemáticas e sumários concisos de cuidados clínicos, como a *Cochrane Collaboration* (www.cochrane.org), permite-nos a utilização de computadores em áreas clínicas, sendo que o acesso à melhor evidência de investigação é possível em curto espaço de tempo.

Aceder à *Internet* é fundamental:

- A informação é menos frequentemente errada;
- Habitualmente mais precisa;
- Pode desafiar a autoridade local.

A utilização da **Medicina Baseada na Evidência** aplicada à Educação Médica Contínua compreende vários passos:

1. Converter a necessidade de informação numa questão passível de resposta;
2. Procurar a informação;
3. Analisar de forma crítica a evidência na sua validade, impacto e aplicabilidade;
4. Integrar esta evidência com os conhecimentos clínicos, os valores dos pacientes e as circunstâncias do acontecimento;

5. Avaliar a eficácia.

“*EVIDENCE BASED MEDICINE is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values*”. (Sackett D. L. et al., 2000)

4.4 – Disseminação de Ideias, Práticas, Inovações “in/out”

Nas equipas interdisciplinares em que os membros com competências especializadas devem improvisar e coordenar as suas acções em situações intensas e imprevisíveis, o líder é muitas vezes o único que tem uma visão global sobre a actividade do grupo e percepção como se articulam as diferentes fontes de competência, pelo que só ele, em situações inesperadas, pode ajudar a equipa a criar um significado partilhado da situação que enfrentam (Edmondson, 2003).

Esta tarefa é mais eficaz se existirem valores partilhados na equipa, que incentivem a tomada da palavra e a expressão livre de opinião por todos os seus elementos.

Através da intervenção directa com a equipa e com a atenção personalizada a cada elemento (*coaching*), os líderes estão em posição de ultrapassar estes obstáculos, com o objectivo de fomentar acções individuais e colectivas para a promoção dos resultados desejados, motivando para o bom desempenho das tarefas e reduzindo as distâncias hierárquicas para a criação de um clima de segurança psicológica. Envolve acompanhamento individual, clarificação e *feedback* e inclui estar receptivo a questões e

ideias, bem como a explicação a cada um em como a expressão da respectiva opinião é essencial. Esta facilidade com que os elementos do grupo dialogam e discutem é extremamente importante para a aprendizagem de toda a equipa. Há uma melhoria de comunicação do conhecimento entre os profissionais e, conseqüentemente, promove a sua formação e a comunicação com os doentes. Tudo isto é importante para o combate ao “silêncio organizacional” (Morrison, 2000), que constitui um entrave à mudança.

Igualmente importante é a capacidade do líder promover a comunicação com intervenientes externos à organização, coordenando objectivos e recursos, com vista à obtenção de informação adicional e facilitando o sucesso da implementação de novas práticas e técnicas (alargamento das fronteiras). O líder promove uma cultura organizacional incentivadora de inovação.

4.5 – Programas de Redução do Risco Clínico

Outra dimensão da qualidade da gestão clínica é a criação de programas de redução do risco. Compreendem um conjunto de medidas que visam prevenir ameaças reais ou potenciais para a ocorrência de qualquer tipo de danos clínicos (acidentes, má prática médica, etc.).

Sendo a falta de comunicação uma das causas mais comuns dos “acidentes” em medicina, os programas de redução do risco clínico devem incluir medidas tais como: visitas conjun-

tas aos doentes com médicos e enfermeiros, onde se planeie o tratamento, ficando bem explícito os objectivos e métodos a aplicar; passagem de ocorrências entre os enfermeiros para prevenir erros de comunicação; prescrição médica correcta e legível, com folhas de registo bem preenchidas e actualizadas; discussão regular dos casos clínicos, dos incidentes que vão surgindo e a forma de os evitar, promovendo a aprendizagem de toda a equipa.

O sistema de funcionamento dos serviços deverão ser revistos, nomeadamente no que concerne ao desenho de todos os circuitos de material, verificação da rotulagens, manutenção de aparelhos, treino periódico do pessoal no uso de novos aparelhos ou ensino específico aos novos profissionais do aparelhos existentes, para limitar ao máximo as possibilidades de ocorrência do erro. Ter em atenção o tempo de trabalho do pessoal, evitando o acumular de turnos sucessivos que levam à fadiga.

O director de cada serviço deverá remeter ao gabinete de gestão de risco ou ao gestor de risco clínico, com periodicidade trimestral, os resultados globais do seu serviço, fruto das auditorias clínicas praticadas, indicando o movimento, o resultado conseguido e o desvio em relação ao previsto e também o grau de satisfação gerado.

4.6 – Política de Gestão de Eventos Adversos

Os incidentes ou eventos adversos são acontecimentos

que se produzem de forma imprevista e surpreendente, que vêm perturbar o desenvolvimento normal do sistema, ultrapassando a capacidade do sistema técnico em assegurar a sua auto-regulação (Zarifian, 1999). Compreende quatro fases: identificar, registar e analisar, actuar e prever.

É fundamental começar por realizar um levantamento dos eventos adversos que ocorrem no seio da organização, bem como todos os incidentes que não chegaram a ter consequências nefastas – são os chamados *near misses* (quase perdas). Esta cultura deve assentar na declaração voluntária, de preferência anónima, sem qualquer conotação de culpa, mas também poderá decorrer com carácter obrigatório (por exemplo, sob forma da declaração de “eventos de declaração obrigatória”), ainda que neste caso se favoreça o anonimato, no âmbito de um sistema simples de registo de eventos, na discussão dos casos ocorridos para aprendizagem da equipa e para que os mesmos eventos não voltem a acontecer. Esta é a cultura de responsabilização *versus* culpabilização.

4.7 – Registo/Actuação em função das queixas dos doentes

Deve existir uma cultura de registo das queixas dos doentes, respondendo positivamente perante elas e sem defesas. Deve promover-se a discussão anónima dos erros/eventos adversos/queixas, fazer-se a análise de causas e actuar-se sempre sobre o sistema, a não

ser que haja violação de princípios por parte dos profissionais. “*Good People, Bad Places*” (Reason, 2000).

Procede-se à categorização dos problemas identificados, estabelecendo-se então as relações de causa e efeito, com o objectivo de identificar os “*core problems*” e melhorar os procedimentos.

4.8 – Detecção precoce da má performance clínica

São quatro os objectivos de uma boa prática médica: efectividade e eficácia; segurança; eficiência e satisfação do doente. A detecção da má performance pode ser feita através de:

- Revisão não dirigida de processos clínicos (sem *end-points*);
- Auditorias de avaliação de indicadores clínicos e administrativos, como por exemplo, a mortalidade hospitalar, o tempo de internamento, o tempo de espera;
- Inquéritos ao grau de satisfação dos doentes.

Este método sendo o menos objectivo, é o que avalia melhor a razão de ser dos serviços de saúde, mas não traduz a realidade clínica objectiva, não traduz eficácia ou eficiência, podendo ser apenas mais um dado, mas nunca o único elemento da avaliação clínica.

4.9 – Programas de desenvolvimento de staff

Nenhum *staff* pode ser estático. É a dimensão dinâmica e contextual do conhecimento colectivo que explica a performance. É possível identificar algumas propriedades subjacentes à performance dos grupos

(Weick, 1993): os indivíduos que compõem o grupo criam uma força social e agem como tendo essa força; os fenómenos que ocorrem nos grupos são o produto e as condições das acções dos indivíduos; as pessoas ao agirem como se tivessem essa força, contribuem para a realização do sistema de acção conjunta que visionam (representação) e interrelacionam as acções que desenvolvem com o sistema visionado (subordinação); é contribuindo, representando e subordinando que os elementos do grupo criam uma situação de inter-relações entre actividades que conduzem à performance do grupo. É na interacção que os indivíduos constroem a diversidade e o consenso, ou seja, como o grupo atribui sentido à sua própria acção (*sense making*). O processo de *sense making* é activado e enquadrado, tentando as pessoas formatar e reagir simultaneamente ao meio com que se confrontam. É uma mistura complexa de proactividade e reacção, sendo esta complexidade o espaço em que a produção de sentido ocorre. Segundo a metodologia da *Comission for Health Audit & Inspection* (CHAI), a gestão clínica é responsabilidade de todos. Compreende a inspecção – consultas e envolvimento dos doentes, o manejo do risco clínico, a educação, o treino e desenvolvimento do pessoal, as auditorias clínicas, a investigação e eficácia, a provisão e gestão do pessoal e o uso da informação sobre as experiências dos doentes.

A cultura organizacional é o elemento fundamental da segurança de uma equipa e da sua fiabilidade, entendendo-se esta como o conjunto de pressupostos que influenciam as pessoas a gerirem o inesperado. Deverá haver uma mudança cultural para a aceitação de opiniões, hierarquias/poder.

4.10 – Qualidade da informação clínica recolhida

Um aspecto fundamental é o da colheita da informação, pois parece bem mais fácil colher dados a partir de um impresso próprio prospectivo do que, retrospectivamente, a partir de processos clínicos.

A recolha sistemática da informação deverá ser feita através de entrevistas, questionários, observações directas e análise documental. Logo que a recolha esteja completa, os dados clínicos são validados e faz-se o seu envio para controlo da performance clínica.

A *Health Failure Mode Effect Analysis* (HFMEA) é uma abordagem de análise dos processos, desenhos de sistemas e performance que permite analisar a trajectória da doença. O termo trajectória de doença diz respeito não só ao conjunto sequencial das fases do desenvolvimento normal de uma doença (curso da doença), mas também à totalidade da organização do trabalho feita durante esse percurso e o impacto desse trabalho nas pessoas envolvidas e na própria organização. Doenças diferentes exigem trajectórias diferentes, isto é, diferentes acções e divisão de

tarefas por parte dos profissionais de saúde, competências e recursos diversos e diferentes relações entre os profissionais envolvidos. É pois em torno da trajectória da doença que se desenvolve a abordagem metodológica da gestão dos eventos adversos. São avaliados os incidentes que ocorrem nesse percurso, utilizando-se como instrumento a HFMEA. Esta permite-nos uma análise em *single loop* das falhas, isto é, a detecção dos disfuncionamentos capazes de serem minora- dos, sem questionamento dos pressupostos em que o sistema actua. No caso da prática clínica, consiste em identificar para cada etapa da trajectória da doença, num determinado serviço hospitalar, as falhas que ocorrem, os seus efeitos (escala de gravidade de 1 a 9) e as suas causas (avaliadas quanto ao grau de ocorrência e quanto ao grau de detecção, também de 1 a 9). Depois, determina-se o *Risk Priority Number* (RPN) que é o produto dos valores atribuídos à gravidade, ocorrência e detecção. Este oscilará entre 1 e 729 (9x9x9). O RPN permite hierarquizar a importância das falhas de acordo com os três critérios referidos e definir prioridades nas correcções a implementar. O modelo *Stream Analysis* é utilizado para uma análise com mais implicações em termos de *double loop*, isto é, visando perceber as causas em termos das diferentes dimensões organizacionais, exigindo por isso uma mudança nos pressupostos em que o siste-

ma actua. Contempla as fases de diagnóstico ou detecção dos *core problems*, intervenção/plano de mudança, monitorização/accompanhamento.

CONCLUSÃO

A reestruturação e a reorganização dos serviços de saúde, bem como a interiorização de conceitos como *Clinical Governance* são um imperativo para o desenvolvimento sustentado do sector da Saúde em Portugal. O desenvolvimento tecnológico a que temos vindo a assistir nos últimos anos permite à população estar cada vez mais informada e, por isso, tornar-se cada vez mais exigente. Os serviços de saúde têm que apostar sobretudo na prestação de cuidados de elevada qualidade. A qualidade é percebida pelos utentes a vários níveis. Em primeiro lugar, são os utentes que recorrem aos serviços que constroem a sua imagem. Estamos perante uma organização, onde predomina uma cultura de serviço integrada em que cada indivíduo desempenha um determinado papel. Existem assim os profissionais que lidam directamente com o doente e os que trabalham no *back office*. São os profissionais de saúde que lidam directamente com o doente que têm maior responsabilidade na satisfação dos utentes, representando, portanto, o topo da pirâmide organizacional. Esta inversão da pirâmide organizacional, que coloca no topo da hierarquia os profissionais da linha da frente, consiste na criação de uma cultura de serviço

integrada e constitui uma forma de melhorar a eficácia e a satisfação dos utentes. Passa-se a funcionar numa lógica de cliente interno, continuando a manter o enfoque na satisfação dos utentes (clientes externos). Subjacente a esta lógica, predomina uma filosofia de gestão que é a melhoria contínua da qualidade. Esta filosofia passa necessariamente pela viragem de toda a organização no sentido da satisfação dos clientes (internos e externos). A Qualidade Total deve estar em toda a cadeia de valor, de modo a que os serviços prestados aos utentes sejam da mais alta qualidade. A gestão das organizações de saúde deve, assim, ser feita com base nas práticas enunciadas nos pilares fundamentais da *Clinical Governance*, o que conduzirá à implementação de uma filosofia de Gestão pela Qualidade Total, sempre centrada na satisfação dos utentes, pois são eles a razão da existência deste tipo de organizações.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- EDMONDSON (2003). «Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams». *Journal of Management Studies*, vol. 40, n.º 6, Sept, pp. 1419-52.
- HARRISON, S., POLLOCK, C. and SYMONS S. (2003). *Getting to Grips with Clinical Governance*. TFM Publishing.
- KOHN, L., CORRIGAN, J. and DONALDSON, M. (2001). To

err is human: building a safer Health System. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. National Academy Press.

- LUGON, M. and SECKER-WALKER J. (2001). *Advancing Clinical Governance*. Royal Soc of Med Press.
 - MORRISON (2000). «Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world». *Academy of Management Review*, vol. 25, n.º 4, pp. 706-725.
 - POLLOCK, A. and EVANS, M. (1993). *Surgical Audit*. Butterworth-Heinemann.
 - PORRAS, J. (1987). *Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change*. Massachusetts: Addison-Wesley.
 - REASON, J. (2002). *Human Error*. Cambridge University Press.
 - SACKET D. L. et al. (2000). *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
 - WEICK, K. (1993), «Organizational Redesign as Improvisation». In Huber G.A., Glick W., *Organizational Change and Redesign: Ideas and Insight for improving performance*.
 - ZABADA, C., RIVERS P. and MUNCHUS, G. (1998). «Obstacles to the application of total quality management in health-care organizations». *Total Quality Management*, vol. IX, pp. 57-66.
 - ZARIFIAN (1999). *Objectif compétence*. Ed. Liaisons.
- Artigo recebido para publicação em Agosto de 2005

Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde

Lúis Monteiro e Ricardo Valente **Autores**

INTRODUÇÃO

As Organizações de Saúde, particularmente em Portugal, enfrentam um conjunto de desafios que podem ser diferenciados em duas vertentes de análise.

Por um lado, aqueles que se manifestam na sua envolvente (perspectiva externa), gerando oportunidades que importa capitalizar e ameaças que exigem um esforço de adaptação, no sentido de minimizar/eliminar os seus efeitos. O envelhecimento da população, o crescente grau de exigência por parte dos consumidores, as dificuldades de sustentabilidade financeira do sistema, a progressiva sofisticação tecnológica, são alguns dos desafios a enfrentar.

Por outro lado, os que surgem no interior das organizações como produto do seu contínuo ajustamento à envolvente e que resultam em pontos fortes, a serem maximizados, e em pontos fracos, a serem encarados como áreas de desenvolvimento. Aqui importa concentrar a atenção em dois factores fundamentais: os recursos empregues na prestação do serviço e a qualidade daí resultante.

Falar em recursos implica o conhecimento em profundidade de todos os elementos constituintes de uma organização, o que exige uma abordagem abrangente aos Processos organizacionais.

Definir “Qualidade” em Saúde exige a criação de indicadores

de performance que permitam distinguir os bons desempenhos dos maus desempenhos e, no final, aferir o nível de eficácia da organização.

O nível de eficácia organizacional desejado será mais facilmente atingido se os processos da organização estiverem desenhados e implementados de forma integrada. O elemento que ditará esse alinhamento será a Estratégia da organização, que estabelecerá o rumo a adoptar no sentido de fazer face à sua envolvente externa. Assim, a organização deverá definir a sua estratégia, de forma a permitir um coerente desenho de processos, conducentes ao nível de eficácia organizacional desejado.

O objectivo do Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde será, pois, ao longo das próximas oito edições, apresentar um

conjunto de ferramentas metodológicas que forneçam uma visão integrada da organização e estimulem os leitores a serem os agentes da mudança organizacional, através da participação activa no processo de identificação e resolução de ineficiências.

I – METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

O plano de edições que desenvolveremos assentará em três vectores nucleares (ver figura):

- Estratégia;
- Processos;
- Resultados.

Estratégia

Ao nível da Estratégia, lançaremos as bases de uma Organização Visionária, recorrendo a uma caso desenhado na facilitação de reuniões de redefinição Estratégica de uma Instituição de Saúde.

Processos

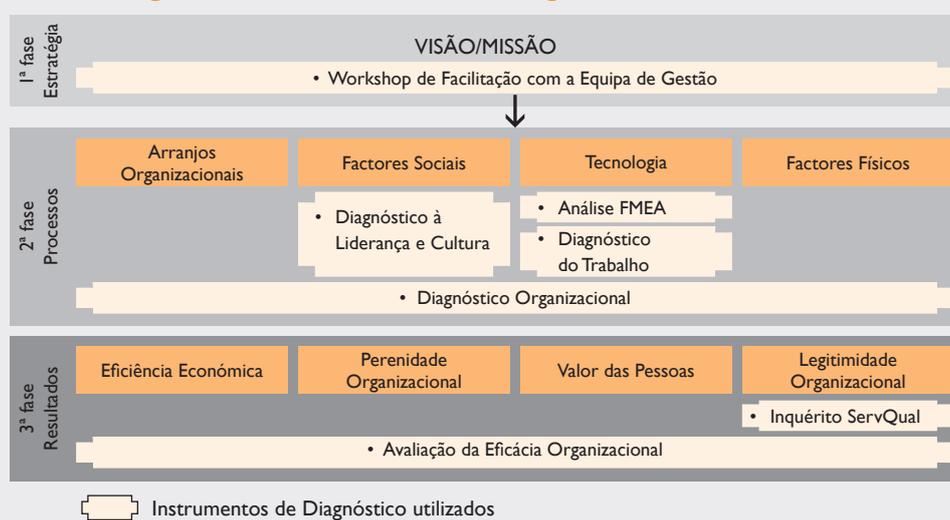
A forma de alinhamento da Estratégia nos Sistemas Organizacionais, conduzir-nos-á ao vector Processos, no qual apresentaremos um Modelo Integrador: a Análise de Fluxos (*Stream Analysis*).

Este modelo servirá de referencial na compreensão dos principais elementos de uma Organização e do modo como afectam positiva ou negativamente o comportamento das Pessoas.

Para enriquecer este Modelo em objectividade e clareza, apoiar-nos-emos em ferramentas metodológicas de Diagnóstico da Cultura Organizacional e Estilo de Gestão, de Desenho e Organização do Trabalho e de Análise Modal de Falhas e Efeitos (FMEA).

O Diagnóstico de Cultura Organizacional e Estilo de Gestão permitir-nos-á identificar a

Metodologia de Intervenção numa Organização de Saúde



existência ou não de subculturas em Organizações de Saúde e aferir a convergência com o estilo de gestão praticado.

O Diagnóstico da forma de Desenho e Organização do Trabalho dar-nos-á indicadores para avaliarmos o Potencial Motivador de funções-chave das Organizações de Saúde e o grau de Satisfação e Motivação das Pessoas;

A FMEA ajudar-nos-á a identificar constrangimentos nos fluxos de trabalho e o seu impacto em termos de gravidade, e encontrar e priorizar medidas de intervenção para otimizar o processo.

O somatório de todos estes elementos terá irremediavelmente repercussões ao nível dos Resultados da Organização, isto é, da eficácia organizacional.

Daremos especial enfoque à variável Satisfação de Clientes, através da apresentação de um caso desenhado e aplicado a uma Unidade Hospitalar, porquanto quer se tratem de Clientes, Utentes ou Doentes, são o elemento que legitima a existência de uma Organização de Saúde.

Resultados

Finalmente, descreveremos uma metodologia de aferição da Eficácia Organizacional na qual procuraremos definir indicadores de desempenho para avaliar uma Organização em termos de:

- Eficiência económica, ou seja, o rácio entre os bens ou serviços gerados pela organização (*output*) e os recursos que são utilizados (*input*);
- Perenidade Organizacional, isto é, a capacidade da organização se adaptar às alterações da envolvente, mantendo uma sustentabilidade a longo termo;
- Legitimidade Organizacio-

nal, isto é, relações que se estabelecem com os grupos externos (sócios, clientes, organismos reguladores e comunidade) a fim de conquistar a sua apreciação e apoio;

- Valor das Pessoas, isto é, a qualidade dos indivíduos da organização.

2 – GESTÃO DA MUDANÇA

Concluídos os esforços de caracterização da Organização de Saúde em termos de Desempenho Organizacional, será nevrálgico preparar e planear a Mudança nas áreas de desenvolvimento detectadas.

O nosso contributo passará

por apresentar um conjunto de princípios e *best-practices* fundamentais para o envolvimento e *buy-in* das Pessoas e integrar os resultados do Diagnóstico efectuado num Quadro de Planeamento da Mudança que vise a melhoria do Sistema.

Esta fase abrirá um novo Ciclo com a iteração dos Instrumentos de Diagnóstico, o que permitirá aferir as melhorias obtidas com o Programa de Intervenção e identificar novos constrangimentos e áreas de desenvolvimento, gerando continuamente um Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde.

Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde

1ª Edição	O Impacto da Visão/Missão na Estratégia de uma Organização de Saúde
2ª Edição	Liderança e Cultura Organizacional
3ª Edição	Análise FMEA ao Serviço das Organizações de Saúde
4ª Edição	Diagnóstico Organizacional: <i>Stream Analysis</i> , uma Abordagem Integradora no Sector da Saúde
5ª Edição	O Impacto da Visão/Missão na Estratégia de uma Organização de Saúde
6ª Edição	Inquérito ServQual: a Orientação para um Serviço de Qualidade
7ª Edição	Avaliação da Eficácia de uma Organização de Saúde
8ª Edição	Gerir a Mudança numa Organização de Saúde

Luís Monteiro

luis.filipe.monteiro@gmail.com

Licenciado em Gestão de Recursos Humanos. Desenvolveu projectos de consultoria e implementação em vários sectores de actividade, incluindo o da Saúde. Desempenha funções de consultor e formador de empresas.

Licentiate in Management of Human Resources. Has developed projects in several areas including Health Care. Advisor in Management and Creation of Organizations.

Ricardo Valente

matosvalente@netcabo.pt

Licenciado em Gestão de Recursos Humanos. Consultor em gestão, tendo participado, entre outros, em projectos no Sector Público e da Saúde.

Licentiate in Management of Human Resources. Management Consultant with projects in Public and Health Care Management.

Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) foi criada por iniciativa de um grupo de médicos com formação específica em Gestão de Unidades de Saúde e que sentem que os médicos devem assumir um papel de liderança no processo de gestão da saúde em Portugal.

A SPGS foi registada em cartório a 19 de Maio de 2004. A 1ª Assembleia-Geral decorreu a 17 de Julho de 2004 no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos. Contou com a presença do senhor Bas-

tonário e do senhor Presidente da Secção Regional da Ordem dos Médicos e teve o apoio expresso dos presidentes das Secções Regionais da Ordem e de 128 associados fundadores. Foi eleita uma lista por decisão unânime dessa Assembleia tendo como Presidente da Direcção Dr. Miguel Sousa Neves, Presidente da Mesa da Assembleia-Geral Professor Dr. Rui Moreno e Presidente do Conselho Fiscal Professor Dr. João Westwood*.

A Direcção eleita tem como objectivo primário criar as

condições necessárias para que a Associação possa desenvolver na plenitude o seu objectivo primário que é **“ser um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos que tenham a ver com a gestão da saúde em Portugal”**.

A seguir apresenta-se a lista dos Corpos Gerentes da Sociedade.

* O Professor Dr. João Westwood veio a falecer subitamente, em 18 de Fevereiro de 2005.

Órgãos Sociais

Lista dos Corpos Gerentes da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente:

Dr. Rui Moreno

Primeiro Secretário:

Dr.ª Maria Eduarda Jesus Reis Monteiro

Segundo Secretário:

Dr. Luís Filipe Froes

DIRECÇÃO

Presidente:

Dr. Miguel Sousa Neves

Vice-Presidente:

Dr. João Manuel Bispo Pereira

Secretário-Geral:

Dr.ª Helena de Fátima Ventura Bugada

1.º Vogal:

Dr.ª Maria da Conceição Godinho Lopes

2.º Vogal:

Dr.ª Cidália Camarinho Rosa

3.º Vogal:

Dr. Paulo Martins

Tesoureiro:

Dr. João Furtado

CONSELHO FISCAL

Presidente:

Professor Dr. João Westwood

1.º Secretário:

Dr.ª Maria Alexandra Martins Machado

2.º Secretário:

Dr.ª Maria de Jesus Reis

A SPGS teve a sua constituição publicada em Diário da República de 19 de Agosto de 2004, série III.

Inscrição para Associado Efectivo*

Nome _____ N.º Ordem dos Médicos _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

Fax _____ e-mail _____

Observações _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

* Quota anual de 50€

Inscrição para Associado Agregado**

Nome _____ N.º Ordem dos Médicos _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

Fax _____ e-mail _____

Observações _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

** Não implica qualquer pagamento

Estatutos da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)

CAPÍTULO I

Artigo 1º

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE GESTÃO DE SAÚDE, abreviadamente designada por SPGS é uma Associação, sem fins lucrativos e tem a sua sede provisória na Avenida Cidade de Montgeron, 212, 4490-402 Póvoa de Varzim.

Artigo 2º

1. A Associação tem por objecto "palco de discussão de assuntos relacionados com a gestão da saúde em geral". § único – Tais objectivos são, nomeadamente:

- Ser interlocutora junto de outras Entidades, oficiais ou privadas, para a discussão e promoção da gestão de organizações de saúde;
- A organização e promoção de acções de formação no âmbito da gestão em saúde;
- A auditoria e monitorização de acções de formação nas áreas referidas em b);
- A edição e divulgação de material pedagógico nas áreas referidas b);
- A divulgação e representação das actividades desenvolvidas em Portugal junto de Entidades Nacionais ou Internacionais;
- O desenvolvimento da consciência das diversas Equipas profissionais nas Organizações da Saúde para as questões da gestão;
- A promoção e divulgação da investigação em gestão na saúde.

CAPÍTULO II DOS ASSOCIADOS

Artigo 3º

Podem ser associados pessoas singulares, maiores, e pessoas colectivas.

Artigo 4º

- Haverá quatro categorias de associados:
 - Honorários: Pessoas singulares ou colectivas que, através de serviços ou donativos, contribuam de uma forma especialmente relevante para a realização dos fins da Associação, devendo para tanto ser reconhecidos e proclamados em Assembleia-Geral, mediante proposta da Direcção. Quando anteriormente tiverem sido associado efectivos, poderão, se o desejarem, continuar a usufruir dos seus direitos, embora sem o dever de pagamento de quotas.
 - Efectivos: Médicos inscritos na Ordem dos Médicos Portuguesa que se proponham colaborar na realização dos fins da Associação obrigando-se ao pagamento da jóia e quota mensal, nos montantes fixados em Assembleia-Geral. A proposta de admissão deve ser subscrita por 2 associados efectivos e enviada à Direcção que a submete à votação em Assembleia-Geral.
 - Agregados: Pessoas singulares ou colectivas que desejem colaborar na concretização dos objectivos da Associação. A sua admissão é decidida pela Direcção.
 - Benefitores: Pessoas singulares ou colectivas que contribuam financeiramente em projectos propostos pela Direcção, que anualmente estipula um valor mínimo de comparticipação. A sua admissão é decidida pela Direcção.
- A qualidade de associado, prova-se pela inscrição no livro respectivo que a associação obrigatoriamente possuirá, sendo atribuído a cada associado um cartão com a respectiva identificação e qualificação.

Artigo 5º

São direitos dos associados efectivos:

- Participar nas reuniões da Assembleia-Geral;
- Eleger e ser eleito para cargos sociais;
- Requerer a convocação da Assembleia-Geral extraordinária;
- Examinar os livros, relatórios e contas e demais documentos, desde que o requeriram por escrito com antecedência mínima de quinze dias;
- Ter acesso a toda a informação oriunda da SPGS, bem como a outro tipo de material;
- Ter descontos nos eventos da SPGS.

Artigo 6º

São direitos dos associados Agregados, Benefitores e Honorários:

- Participar nas reuniões da Assembleia-Geral, embora sem direito a voto;
- Ter descontos nos eventos da SPGS;
- Ter acesso a toda a informação oriunda da SPGS, bem como a outro tipo de material.

Artigo 7º

São deveres dos associados:

- Pagar pontualmente as suas quotas, tratando-se de associados efectivos;
- Comparecer às reuniões da Assembleia-Geral;
- Cumprir as disposições estatutárias, regulamentares e as deliberações dos corpos gerentes;
- Desempenhar com zelo, competência, dedicação e eficiência os cargos para que forem eleitos.

Artigo 8º

1. Os associados que violarem os deveres estabelecidos no artigo 7º alíneas a, c, e d ficam sujeitos às seguintes sanções:

- Repreensão;
 - Suspensão de direitos até cento e oitenta dias;
 - Expulsão.
2. São expulsos os associados que, por actos dolosos, tenham prejudicado materialmente a Associação.
3. As sanções previstas nas alíneas a) e b) do nº 1 são da competência da Direcção.
4. A expulsão é sanção de exclusiva competência da Assembleia-Geral, sob proposta da Direcção, tomada por votação secreta e por maioria de 2/3 dos associados efectivos presentes.
5. A aplicação de sanções só se efectuará mediante audiência obrigatória do associado, mediante convocatória em carta registada. Em caso de recusa de comparecimento, aplica-se a alínea c do nº 1.
6. A sanção de suspensão de direitos não desobriga do pagamento da quota.

Artigo 9º

1. Os associados efectivos só podem exercer os direitos referidos no artigo 5º se tiverem em dia o pagamento das suas quotas.

- Os associados efectivos que tenham sido admitidos há menos de seis meses não gozam dos direitos referidos nas alíneas b) e c) do artigo 5º, podendo, todavia, assistir às reuniões da Assembleia-Geral mas sem direito a voto.

Artigo 10º

A qualidade de associado não é transmissível, quer por acto entre vivos, quer por sucessão.

Artigo 11º

- Perdem a qualidade de associado:
 - Os que pedirem a sua exoneração;
 - Os que deixarem de pagar as suas quotas, por um período de 2 anos;
 - Os que forem expulsos nos termos

do nº 2 do artigo 8º.

2. No caso previsto na alínea b) do número anterior considera-se exonerado o associado que, notificado pela Direcção para efectuar o pagamento das quotas em atraso, o não faça no prazo de trinta dias.

Artigo 12º

O associado que por qualquer forma deixar de pertencer à Associação não tem direito a reaver as quotizações que haja pago, sem prejuízo da responsabilidade pelas quotas ao tempo em que foi associado.

CAPÍTULO III DOS CORPOS GERENTES SECÇÃO I

Artigo 13º

São órgãos da Associação, a Assembleia-Geral, a Direcção e o Conselho Fiscal.

Artigo 14º

O exercício de qualquer cargo nos corpos gerentes não é remunerado, podendo, todavia, justificar o pagamento de despesas dele derivadas.

Artigo 15º

- A duração do mandato dos corpos gerentes é de dois anos devendo proceder-se à sua eleição no mês de Outubro do último ano de cada biénio.
- O mandato inicia-se com a tomada de posse perante o Presidente da Mesa da Assembleia-Geral ou seu substituto, o que deverá ter lugar na primeira quinzena do ano civil imediato ao das eleições.
- Quando a eleição tenha sido efectuada extraordinariamente fora do mês de Outubro, a posse poderá ter lugar dentro do prazo estabelecido no nº 2, ou, então, no prazo de trinta dias após a eleição, mas neste caso e para efeitos do nº 1, o mandato considera-se iniciado na primeira quinzena do ano civil em que se realizou a eleição.
- Quando as eleições não sejam realizadas atempadamente considera-se prorrogado o mandato em curso até à posse dos novos corpos gerentes.

Artigo 16º

1. Em caso de vacatura da maioria dos membros de cada órgão social, depois de esgotados os respectivos suplentes, deverão realizar-se eleições parciais para o respectivo órgão, em lista, no prazo máximo de um mês e a posse deverá ter lugar nos trinta dias seguintes à eleição.

2. O termo do mandato dos membros eleitos nas condições do número anterior, coincidirá com os inicialmente eleitos.

Artigo 17º

1. Os membros dos corpos gerentes só podem ser eleitos consecutivamente para dois mandatos para qualquer órgão da Associação, salvo se a Assembleia-Geral reconhecer expressamente que é impossível ou inconveniente proceder à sua substituição.

Artigo 18º

- A Direcção e o Conselho Fiscal são convocados pelos respectivos presidentes e só podem deliberar com a presença da maioria dos seus titulares.
- As deliberações são tomadas por maioria dos votos dos titulares presentes, tendo o presidente, direito a voto de desempate.
- As votações respeitantes às eleições dos corpos gerentes ou a assuntos de incidência pessoal dos seus membros serão feitas obrigatoriamente

mente por escrutínio secreto.

Artigo 19º

1. Os membros dos corpos gerentes são responsáveis civil e criminalmente pelas faltas ou irregularidades cometidas no exercício do mandato.

2. Além dos motivos previstos na Lei, os membros dos corpos gerentes ficam exonerados de responsabilidade se:

- Não tiverem tomado parte na respectiva resolução e a reprovarem com declaração na acta da sessão imediata em que se encontrem presentes;
- Tiverem votado contra essa resolução e o fizerem consignar na acta respectiva.

Artigo 20º

1. Os membros dos corpos gerentes não poderão votar em assuntos que lhes digam respeito ou nos quais sejam interessados os respectivos cônjuges, ascendentes e descendentes.

2. Os membros dos corpos gerentes não podem contratar directa ou indirectamente com a Associação, salvo se do contrato resultar manifesto benefício para a Associação.

3. Os fundamentos das deliberações sobre os contratos referidos no número anterior deverão constar das actas das reuniões do respectivo corpo gerente.

Artigo 21º

1. Os associados podem fazer-se representar por outros associados nas reuniões da Assembleia-Geral em caso de impossibilidade de comparecência à reunião, mediante carta dirigida ao Presidente da Mesa, embora cada associado não poderá representar mais do que três associados, para além de si próprio.

2. É admitido o voto por correspondência sob condição do seu sentido ser expressamente indicado em relação a cada ponto da ordem de trabalhos.

Artigo 22º

Das reuniões dos corpos gerentes serão sempre lavradas actas que serão obrigatoriamente assinadas pelos membros presentes ou, quando respeitarem a reunião da Assembleia-Geral, pelos membros da respectiva Mesa.

SECÇÃO II DA ASSEMBLEIA-GERAL

Artigo 23º

1. A Assembleia-Geral é constituída por todos os associados admitidos há pelo menos seis meses que tenham as suas quotas em dia e não se encontrem suspensos.

2. A Assembleia-Geral é dirigida pela respectiva Mesa que se compõe de um Presidente, um Primeiro Secretário, um Segundo Secretário e dois Suplentes.

Artigo 24º

Compete à Mesa da Assembleia-Geral dirigir, orientar e disciplinar os trabalhos da Assembleia e designadamente:

- Decidir sobre os protestos e reclamações respeitantes aos actos electorais, sem prejuízo de recurso nos termos legais;
- Conferir posse aos membros dos corpos gerentes eleitos.

Artigo 25º

É da competência da Assembleia-Geral deliberar sobre todas as matérias não compreendidas nas atribuições legais ou estatutárias dos outros órgãos e necessariamente:

- Definir as linhas fundamentais de ac-

tuação da Associação;

- b) Eleger e destituir, por votação secreta, os membros da respectiva Mesa e a totalidade ou a maioria dos membros dos órgãos executivo e de fiscalização;
- c) Apreciar e votar anualmente o orçamento e o programa de acção para o exercício seguinte, bem como o relatório e contas da Direcção;
- d) Deliberar sobre a aquisição e a alienação, a qualquer título, de bens imóveis e móveis de considerável valor;
- e) Deliberar sobre a alteração dos estatutos e sobre a extinção, cisão ou fusão da Associação;
- f) Autorizar a Associação a demandar os membros dos corpos gerentes por actos praticados no exercício das suas funções;
- g) Aprovar a adesão a uniões, federações ou confederações.

Artigo 26º

1. A Assembleia-Geral reunirá ordinariamente:
- a) No final de cada mandato, durante o mês de Outubro, para a eleição dos corpos gerentes. Nesta Assembleia-Geral deverá ser apreciado e votado o orçamento e o programa de acção para o ano seguinte;
- b) Até 31 de Março de cada ano para discussão e votação do relatório e contas da gerência do ano anterior, bem como do parecer do Conselho Fiscal.

Artigo 27º

1. A Assembleia-Geral deve ser convocada com pelo menos quinze dias úteis de antecedência.
2. A convocatória é feita por meio de aviso postal expedido para cada associado e através de anúncio publicado em dois dos jornais de maior divulgação nacional, dele constando obrigatoriamente o dia, hora e ordem de trabalhos.
3. A convocatória da Assembleia-Geral extraordinária deve ser feita no prazo de quinze dias após o pedido ou requerimento, devendo a reunião realizar-se no prazo máximo de trinta dias a contar da data de recepção do pedido ou requerimento.

Artigo 28º

1. A Assembleia-Geral reunirá à hora marcada na convocatória se estiverem presentes mais de metade dos associados com direito a voto, ou 30 minutos depois com qualquer número de presentes.
2. A Assembleia-Geral extraordinária pode ser convocada por iniciativa do Presidente da Assembleia-Geral ou pela Direcção ou, ainda, a requerimento de 25% dos associados e só poderá reunir se estiverem presentes 75% dos requerentes.
3. Na falta ou impedimento de qualquer dos membros da Mesa da Assembleia-Geral, competirá a esta eleger os respectivos substitutos de entre os associados presentes, os quais cessarão as suas funções no termo da reunião.

Artigo 29º

Salvo o disposto no número seguinte, as deliberações da Assembleia-Geral são tomadas por maioria absoluta dos votos dos associados presentes.

Artigo 30º

1. São anuláveis as deliberações tomadas sobre matéria estranha à ordem de trabalhos, salvo se estiverem presentes ou representados na reunião todos os associados no pleno gozo dos seus direitos sociais e todos concordarem com o aditamento.

2. A deliberação da Assembleia-Geral sobre o exercício do direito de acção civil ou penal contra os membros dos corpos gerentes pode ser tomada na sessão convocada para apreciação do balanço, relatório e contas de exercício, mesmo que a respectiva proposta não conste da ordem de trabalhos.

3.
 - a) As deliberações sobre a alteração dos estatutos, cisão ou fusão da Associação serão tomadas pelo voto favorável de três quartos do número dos associados presentes;
 - b) A deliberação sobre a dissolução da Associação será tomada pelo voto favorável de três quartos de todos os associados;
 - c) As deliberações sobre as matérias previstas nas alíneas f) e g) do artigo "vigésimo quinto" carecem de votos favoráveis de dois terços dos votos expressos.

SECÇÃO III DA DIRECÇÃO Artigo 31º

1. A Direcção da Associação é constituída por sete membros dos quais um Presidente, um Vice-presidente, um Secretário-Geral, um Tesoureiro e três Vogais.
2. Haverá simultaneamente igual número de suplentes que se tornarão efectivos à medida que se derem vagas e pela ordem em que tiverem sido eleitos.
3. No caso de vacatura do cargo de Presidente será o mesmo preenchido pelo Secretário-Geral e este substituído por um Vogal.
4. Os suplentes poderão assistir às reuniões da Direcção mas sem direito a voto.
5. A direcção reunirá sempre que julgue conveniente, por convocação do Presidente e obrigatoriamente, pelo menos, uma vez em cada trimestre.

Artigo 32º

Compete à Direcção gerir a Associação e representá-la, incumbindo-lhe designadamente:

- a) Garantir a efectivação dos direitos dos beneficiários;
- b) Propor à Assembleia-Geral a admissão dos associados efectivos e honorários,
- c) Elaborar anualmente e submeter ao parecer do órgão de fiscalização o relatório e contas de gerência, bem como o orçamento e programa de acção para o ano seguinte;
- d) Assegurar a organização e o funcionamento dos serviços, bem como a escrituração dos livros, nos termos da lei;
- e) Deliberar sobre a aceitação de donativos;
- f) Organizar o quadro de pessoal, contratar e gerir o pessoal;
- g) Zelar pelo cumprimento da lei, dos estatutos e das deliberações dos órgãos da Associação.

Artigo 33º

Compete ao Presidente da Direcção:

- a) Superintender na administração da Associação orientando e fiscalizando os respectivos serviços;
- b) Convocar e presidir às reuniões da Direcção, dirigindo os respectivos trabalhos;
- c) Rubricar os termos de abertura e encerramento das folhas do livro de actas da Direcção;
- d) Despachar os assuntos normais de expediente e outros que careçam de solução urgente, sujeitando estes últimos à confirmação da Direcção na primeira reunião seguinte.

Artigo 34º

Compete ao Secretário-Geral:

- a) Lavrar as actas das reuniões da Direcção e superintender nos serviços de expediente;
- b) Preparar a agenda de trabalhos para as reuniões da Direcção organizando os processos dos assuntos a serem tratados;
- c) Superintender nos serviços de secretaria.

Artigo 35º

Compete ao Tesoureiro:

- a) Receber e guardar os valores da Associação;
- b) Promover a escrituração de todos os livros de receita e de despesa;
- c) Assinar as autorizações de pagamento e as guias de receita conjuntamente com o Presidente;
- d) Apresentar mensalmente à Direcção o balancete em que se descriminarão as receitas e despesas do mês anterior;
- e) Superintender nos serviços de contabilidade e tesouraria.

Artigo 36º

Compete aos Vogais da Direcção:

- a) Coordenar o desenvolvimento dos projectos técnicos nos termos em que venham a ser decididos pela Direcção;
- b) Efectuar os estudos de preparação das actividades e eventos que a associação venha a realizar.

Artigo 37º

1. Para obrigar a Associação é necessária e suficiente a intervenção conjunta de quaisquer três membros da Direcção, sendo um deles obrigatoriamente o Presidente.

2. Nas operações financeiras é obrigatória a intervenção conjunta do Presidente e do Tesoureiro. Na impossibilidade de quaisquer destes, a Direcção decide a sua substituição em termos a homologar em acta da Direcção.
3. Nos actos de mero expediente bastará a intervenção de um membro da Direcção.

SECÇÃO IV DO CONSELHO FISCAL Artigo 38º

1. O Conselho Fiscal é composto por três membros, dos quais o Presidente e dois Vogais.
2. Haverá simultaneamente igual número de suplentes que se tornarão efectivos à medida que se derem vagas e pela ordem que tiverem sido eleitos.
3. No caso de vacatura do cargo do Presidente, será o mesmo preenchido pelo primeiro Vogal e este por um Suplente.

Artigo 39º

Compete ao Conselho Fiscal vigiar pelo cumprimento da Lei e dos Estatutos e designadamente:

- a) Exercer a fiscalização sobre a escrita e documentos da instituição sempre que o julgar conveniente;
- b) Assistir ou fazer-se representar por um dos seus membros às reuniões do órgão executivo, sempre que o julgue conveniente;
- c) Dar parecer sobre o relatório, contas e orçamento e sobre todos os assuntos que o órgão executivo submete à sua apreciação.

Artigo 40º

O Conselho Fiscal pode solicitar à Direcção elementos que considere necessários, ao cumprimento das suas

atribuições, bem como propor reuniões extraordinárias para discussão, com aquele órgão, de determinados assuntos cuja importância o justifique.

Artigo 41º

O Conselho Fiscal reunirá sempre que o julgar conveniente, por convocação do Presidente e obrigatoriamente, pelo menos uma vez em cada trimestre.

CAPÍTULO IV DA COMISSÃO NACIONAL Artigo 42º

1. A Comissão Nacional é constituída por associados efectivos e/ou honorários até um máximo de 10 elementos, cuja distribuição geográfica deverá, sempre que possível, representar as diversas regiões do País.
2. A sua composição é proposta pela Direcção concomitantemente com a eleição desta.
3. A duração do mandato é igual à da Direcção eleita.

Artigo 43º

- São atribuições da Comissão Nacional:
1. Constituir um órgão consultivo da Direcção;
 2. Elaborar relatórios sobre temas de interesse para os objectivos da Associação;
 3. Propor à Direcção intervenções na área da gestão e saúde;
 4. Colaborar com a Direcção na promoção de acções de formação e actualização dos associados, na área da gestão e saúde.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES DIVERSAS Artigo 44º

São receitas da Associação:

- a) O produto das jóias e quotas dos associados;
- b) As participações dos associados;
- c) Os rendimentos de bens próprios;
- d) As doações, legados e heranças e respectivos rendimentos;
- e) Os subsídios do Estado ou de organismos oficiais;
- f) Os donativos e produtos de eventos ou subscrições;
- g) Outras receitas.

Artigo 45º

1. No caso de extinção da Associação, competirá à Assembleia-Geral deliberar sobre o destino dos seus bens, nos termos da legislação em vigor, bem como eleger a Comissão Liquidatária.
2. Os poderes da Comissão Liquidatária ficam limitados à prática dos actos meramente conservatórios e necessários, quer à liquidação do património social, quer à ultimateção dos negócios pendentes.

Artigo 46º

A Comissão Instaladora da Associação, que deverá proceder à legalização da mesma e à convocação e organização das eleições para os Corpos Gerentes, as quais deverão ter lugar no prazo de sessenta dias a contar da data da constituição, terá a seguinte composição:

Presidente:
Luís Almeida Santos
Vice-Presidente:
João Manuel Bispo Pereira
Secretário:
Miguel Filipe Leite Sousa Neves
Tesoureiro:
Helena Fátima Ventura Bogada
Vogal:
Mária Conceição Godinho Lopes

Livros

Sugestões

Título: **O Erro em Medicina**
 Autores: **José Fragata | Luís Martins**
 Ano: **2004**
 Edição: **Almedina**
 ISBN: **9724023478**
 Páginas: **328**



O exercício da Medicina, outrora baseado na tradicional relação hipocrática médico-doente, evoluiu para a prestação de cuidados de Saúde exercida por seres humanos, naturalmente falíveis, mas operando hoje no seio de organizações complexas e com recurso a tecnologias cada vez mais sofisticadas. Esta mudança associada à natureza marcadamente incerta da biologia do Homem doente cria um enorme potencial para a ocorrência de erros. A Medicina Clínica é hoje, mais do que nunca, a “ciência do incerto e a arte da probabilidade” Osler.

Este livro aborda os Erros da Medicina, ponte de um enorme iceberg oculto. Estuda os seus mecanismos de ocorrência, em moldes gerais e a propósito de cada especialidade médica, que vai ilustrando com exemplos. Aborda o erro na perspectiva individual e na do sistema, abrindo horizontes para uma análise séria dos acidentes numa fundamental óptica organizacional. Aborda ainda os conflitos éticos em torno do Erro, o modo como os média olham os erros ligados à Saúde e ainda, o tratamento jurídico que deverá ser dado ao Erro Médico, na sua distinção fundamental com a negligência.

A mensagem deste livro pretende ser clara – na Medicina os erros são inevitáveis e a sua análise deverá incidir mais sobre os vícios do sistema e menos sobre a tão banalizada, culpabilização dos indivíduos. A fiabilidade e a qualidade de uma organização médica residem fundamentalmente no modo como sabe lidar com os seus erros, minimizando as suas consequências e aprendendo a preveni-los.

Este livro é sobre as ideias que têm influenciado o mundo da saúde e sobre algumas das pessoas que as protagonizaram. É também sobre o que é que estas ideias podem significar para o bem-estar das pessoas, na sua vida de todos os dias. Advoga a necessidade de comunicar de forma tangível noções complexas, dando-lhes vida em cenários da história e da actualidade da saúde. Sem comunicar melhor dificilmente haverá progressos na democratização da saúde.

O livro conduz-nos para junto do que pensaram e fizeram, em Portugal, pessoas excepcionais que já nos deixaram, como Arnaldo Sampaio, Gonçalves Ferreira, João dos Santos e Torrado da Silva, entre outros, ao mesmo tempo que torna mais acessível ao leitor português o pensamento e a acção de personalidades internacionais influentes como Hafden Mahler, Jo Asvall e Ilona Kickbusch.

Expõe avanços exaltantes e atrasos deprimentes, continuidades e rupturas, fronteiras que separam e pontes que aproximam.

Para este efeito transporta-nos das savanas soalheiras de África, com seus mártires e heróis, até ao Centro Médico do Texas, de cirurgiões super-stars como Michael DeBakey e Denton Cooley, das praias da Dinamarca onde se queimam fogueiras pagãs no dia mais longo do ano, até à longínqua Alma Ata nas planuras do antigo Turkistão. Este livro procura saber do que são feitos os grandes empreendedores públicos da saúde, como os acima citados, mas inclui também organizadores excepcionais como Coriolano Ferreira, homens competentes e discretos como Augusto Mantas, inovadores como Deolinda Martins, para não falar em todos aqueles que conhecemos ainda no activo. Convida-nos a recuperar e aperfeiçoar estes bons exemplos, indispensáveis para uma melhor governação da saúde.

Título: **De Alma a Harry - Crónica da democratização da saúde**

Autores: **Constantino Sakellarides**
 Ano: **2005**
 Edição: **Almedina**
 ISBN: **9724024423**
 Páginas: **234**



Título: Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho

Autores: Jorge Simões

Ano: 2004

Edição: Almedina

ISBN: 9724023427

Páginas: 346



Qual a origem e como evoluíram os sistemas de saúde nos países mais desenvolvidos do mundo? Quais as fases mais marcantes do sistema de saúde português, desde 1974 até à actualidade e qual o grau de ruptura ou de continuidade nas políticas de saúde? Como evoluiu o hospital público português e como se pode avaliar o seu desempenho?

Como se desenvolveu a Administração Pública, em Portugal, e como influenciou o modelo de hospital do Serviço Nacional de Saúde?

O livro pretende responder a estas questões e constituir um contributo qualificado para o conhecimento de um sector necessitado de análises científicas consistentes e de acompanhamento pela investigação do ritmo da decisão política.

Os sistemas de saúde diferem, quer na maneira como são organizados os cuidados quer no modo como os prestadores são pagos, bem como no peso relativo dos sectores público e privado e na forma como o sistema é financiado.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português não foge a esta regra e, ao longo dos anos, constituiu-se como uma máquina pesada e burocrática ao nível da sua organização e gestão. Também ao nível do desempenho global, apresenta crónicas falhas de eficiência, eficácia, economia e adaptabilidade. Nesta obra explica-se como dotar as estruturas de saúde das metodologias e ferramentas necessárias à simplificação das actividades, quer ao nível da programação e controlo da actividade, quer da gestão dos stocks e das compras no âmbito da cadeia de abastecimento. Também se pretende sensibilizar os intervenientes no processo de gestão da “coisa pública” para as melhores formas de utilização dos recursos, a fim de tirar o máximo partido das novas possibilidades oferecidas pela tecnologia na sociedade da informação. Este é um verdadeiro manual prático para todos os que exerçam quadros de gestão nos nossos hospitais pois, estando escrito num estilo simples e directo, apresenta uma teorização, sugere um pendor organizativo e fornece um modelo mais moderno e eficiente. Este modelo ao ser aplicado conduzirá ao êxito dos profissionais de saúde envolvidos na gestão e funcionamento que, com o seu mérito e responsabilidade, conseguirão certamente uma adequada gestão dos recursos.

Título: Gestão Hospitalar - Manual Prático

Autores: Natália Macedo | Victor Macedo

Ano: 2005

Edição: Almedina

ISBN: 972-757-326-6

Páginas: 324



Sites

Sugestões

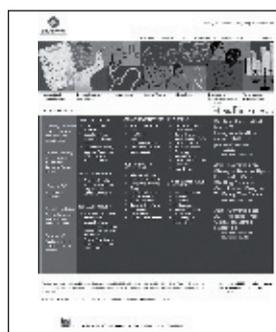
www.efqm.org



A EFQM é a primeira organização, inteiramente europeia, que procura para além da Qualidade, fazer um esforço para se distinguir nos seus mercados e negócios. Com sede em Bruxelas, a EFQM tem acima de 700 membros, organizações e parceiros de valor situados em todas as partes do mundo. A EFQM é também a responsável pela criação do prestigiado Prémio de Qualidade Europeia, que reconhece as melhores empresas em cada ano.

www.jcaho.org

Na área dos cuidados de saúde, a JCAHO é sinónimo de qualidade há mais de 50 anos. Trata-se de um nome que simboliza a excelência, a experiência e o profissionalismo. Como organização independente e sem fins lucrativos, a JCAHO tornou-se líder mundial na acreditação de organizações de saúde. Mantém continuamente elevados padrões de qualidade para todos os tipos de organizações de saúde, oferecendo uma resposta flexível e personalizada e adaptando cada organização às exigências do seu próprio negócio.



www.pubmed.com



Medicina Baseada na Evidência, site para pesquisa de artigos científicos na área clínica.

www.cochrane.org

Medicina Baseada na Evidência, site para pesquisa de artigos científicos na área clínica.



