

**Avaliação da Qualidade de Vida
Relacionada com a Saúde em
Cuidados Intensivos Pediátricos**

Francisco Cunha, Júlia Guimarães, Luís Almeida Santos

**Redução de Stocks de Medicamentos
– O Papel da Farmácia Hospitalar**

Nuno Augusto

**O Impacto da Visão/Missão
na Estratégia de uma
Organização de Saúde**

Luís Monteiro, Ricardo Valente

**Dimensões de Análise
da Competitividade
Hospitalar em Portugal**

Vasco Eiriz, Natália Barbosa, José Figueiredo

Sumário

- 2 Normas de Publicação
- 3 Conselho Científico
- 4 Estatuto Editorial
- 5 Editorial
Miguel Sousa Neves
- 6 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Cuidados Intensivos Pediátricos
- 14 Redução de Stocks de Medicamentos – O papel da Farmácia Hospitalar
- 22 O Impacto da Visão/Missão na Estratégia de uma Organização de Saúde
- 26 Dimensões de Análise da Competitividade Hospitalar em Portugal
- 34 Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
- 35 Ficha de Inscrição
- 36 Estatutos da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
- 38 Sugestões de Livros
- 40 Sugestões de Sites

Questão VI
Frequências relativas (%) da distribuição dos subgrupos de P&D

Subgrupo	N	%	N	%	N	%	N	%
1	10	100	10	100	10	100	10	100
2	10	100	10	100	10	100	10	100
3	10	100	10	100	10	100	10	100
4	10	100	10	100	10	100	10	100
5	10	100	10	100	10	100	10	100
6	10	100	10	100	10	100	10	100
7	10	100	10	100	10	100	10	100
8	10	100	10	100	10	100	10	100
9	10	100	10	100	10	100	10	100
10	10	100	10	100	10	100	10	100
11	10	100	10	100	10	100	10	100
12	10	100	10	100	10	100	10	100
13	10	100	10	100	10	100	10	100
14	10	100	10	100	10	100	10	100
15	10	100	10	100	10	100	10	100
16	10	100	10	100	10	100	10	100
17	10	100	10	100	10	100	10	100
18	10	100	10	100	10	100	10	100
19	10	100	10	100	10	100	10	100
20	10	100	10	100	10	100	10	100
21	10	100	10	100	10	100	10	100
22	10	100	10	100	10	100	10	100
23	10	100	10	100	10	100	10	100
24	10	100	10	100	10	100	10	100
25	10	100	10	100	10	100	10	100
26	10	100	10	100	10	100	10	100
27	10	100	10	100	10	100	10	100
28	10	100	10	100	10	100	10	100
29	10	100	10	100	10	100	10	100
30	10	100	10	100	10	100	10	100
31	10	100	10	100	10	100	10	100
32	10	100	10	100	10	100	10	100
33	10	100	10	100	10	100	10	100
34	10	100	10	100	10	100	10	100
35	10	100	10	100	10	100	10	100
36	10	100	10	100	10	100	10	100
37	10	100	10	100	10	100	10	100
38	10	100	10	100	10	100	10	100
39	10	100	10	100	10	100	10	100
40	10	100	10	100	10	100	10	100
41	10	100	10	100	10	100	10	100
42	10	100	10	100	10	100	10	100
43	10	100	10	100	10	100	10	100
44	10	100	10	100	10	100	10	100
45	10	100	10	100	10	100	10	100
46	10	100	10	100	10	100	10	100
47	10	100	10	100	10	100	10	100
48	10	100	10	100	10	100	10	100
49	10	100	10	100	10	100	10	100
50	10	100	10	100	10	100	10	100

Questão VII
Médias (m), percentil 15 (P15), mediana (m), percentil 75 (P75) e coeficiente de variação (CV) do R&D por área, idade (em anos), tipo de atividade-grupo de diagnóstico e UICP

Área	N	m	P15	m	P75	CV
Medicina	147	4.30	3.00	5.00	1.00	0.2347
Enfermagem	107	4.50	3.00	5.00	1.00	0.2197
Diagnóstico	119	4.30	3.00	5.00	1.00	0.2347
UICP	60	4.30	3.00	5.00	1.00	0.2347
Idade (anos)	97	4.30	3.00	5.00	1.00	0.2347
Atividade-grupo de diagnóstico	147	4.30	3.00	5.00	1.00	0.2347
UICP	60	4.30	3.00	5.00	1.00	0.2347

Dimensões de Análise da Competitividade Hospitalar em Portugal

Este artigo propõe um modelo integrador de análise de competitividade hospitalar concebido para ser utilizado no âmbito de um diagnóstico de competitividade hospitalar. O modelo é baseado na análise de dimensões de competitividade hospitalar e é estruturado em torno de sete dimensões principais: Recursos Humanos, Recursos Materiais, Recursos Tecnológicos, Recursos Organizacionais, Recursos Financeiros, Recursos de Informação e Recursos de Relações Externas. O modelo é apresentado sob a forma de um diagrama de fluxo e é acompanhado por uma breve descrição de cada uma das dimensões analisadas.

Livros

Trabalho de Conclusão de Curso em Gestão de Saúde
Autor: [Nome do Autor]

Este livro aborda a importância da gestão de saúde e apresenta uma análise detalhada das principais áreas de atuação. O autor discute os desafios enfrentados pelo setor e propõe soluções inovadoras para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. O livro é uma leitura obrigatória para todos os profissionais da área de saúde e gestão.

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 Boquinhos
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 1 • Junho 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:
239095/06

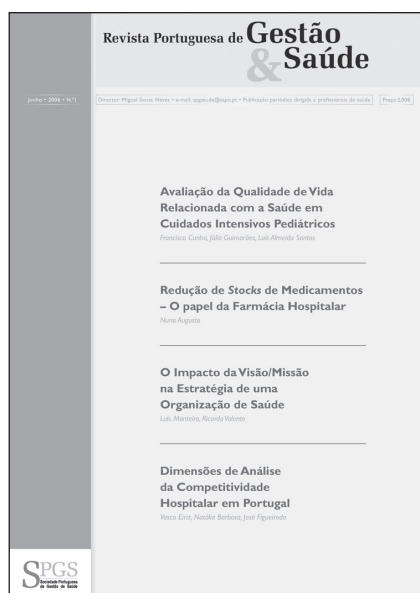
REGISTO ICS:
Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

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 liame 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), após a boa receptividade que teve o seu número 0, lança agora o número 1 com uma periodicidade quadrimestral que se pretende cumprir escrupulosamente.

A Direcção da RPGS tem trabalhado para que esta publicação possa ser entendida como uma revista de carácter científico, com conteúdos relevantes para a melhoria da qualidade da saúde em Portugal, mas que seja ao mesmo tempo de leitura fácil e agradável para que cumpra o objectivo último de ser um instrumento útil a todos os profissionais de saúde interessados na problemática da gestão de saúde no nosso país.

O presente número tem quatro artigos de conteúdos diferentes, abrangendo aspectos distintos na área de gestão de saúde.

O primeiro artigo avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde pela aplicação de um questionário numa área sensível como é a pediatria. É um artigo original que apresenta uma metodologia de análise relativamente fácil de apreender por todos os interessados nesta área.

O segundo artigo avalia a logística do medicamento em ambiente hospitalar, sugerindo pistas extremamente relevantes para a optimização do circuito do medi-

camento, com a consequente poupança de recursos financeiros. Desafia-se os leitores a pronunciarem-se sobre este assunto e a apresentarem realidades de outras Farmácias Hospitalares, nomeadamente de Hospitais Públicos.

O terceiro artigo – o qual constituiu o primeiro de um conjunto de oito artigos que integram o dossier temático intitulado Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde – apresenta um *case study* que aborda a necessidade das organizações terem uma Visão e Estratégia que apontem o caminho do sucesso pelo cumprimento de objectivos previamente programadas e reavaliados de forma sistemática.

Vasco Eiriz e colegas propõem no último artigo um modelo de análise da competitividade hospitalar, com base num estudo da própria organização em várias vertentes.

Por último, é feita referência a publicações e sites julgados relevantes para os leitores desta revista, assim como se publicam os estatutos da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, com um convite implícito para que se juntem a esta Associação sem fins lucrativos que tem como objectivo a promoção da discussão de todos os assuntos relacionados com a gestão da saúde em Portugal.

Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Cuidados Intensivos Pediátricos

Francisco Cunha, Júlia Guimarães, Luís Almeida Santos **Autores**

Resumo

A avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) pode ser utilizada como um meio de avaliação e optimização dos recursos em cuidados de saúde. Os autores mostram alguns resultados obtidos com a aplicação do questionário Health Utilities Index numa população de crianças admitidas em três Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) portuguesas, com idade igual ou superior a seis anos, no momento da admissão na UCIP e seis meses após essa data, bem como da sua variação temporal. Embora a avaliação da QVRS tenha mostrado valores semelhantes ($p=0,877$) nos dois períodos avaliados, identificamos variações importantes a nível individual, em particular no que diz respeito aos Grupos de Diagnóstico (Trauma e Pós-operatório electivo) e ao tipo de admissões (planeadas vs não planeadas).

Palavras-chave

Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, Cuidados Intensivos, Pediatria, Morbilidade, Qualidade Assistencial

Title

Evaluation of the Health-related Quality of Life in Pediatric Intensive Care

Abstract

Evaluation of health-related quality of life (HRQoL) could be used to evaluate and optimize resource consumption in the health services. We present some of the results obtained with the Health Utilities Index questionnaire in children admitted to three Portuguese Pediatric Intensive Care Units (PICU). Questionnaire was applied to children aged six or more year, at admission and six months after this date; differences between the two questionnaires was also evaluated. Although, HRQoL values were similar in the two time periods evaluated ($p=0,877$) we found important variations at the individual level, especially regarding Diagnostic Groups (Trauma and Elective postoperative) and kind of admission (elective vs emergent).

Key-Words

Health-related Quality of Life, Intensive Care, Pediatrics, Morbidity, Quality of Care

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico e a melhoria das equipas assistenciais contribuíram significativamente para o aumento da sobrevida do indivíduo gravemente doente. Os cuidados intensivos pediátricos são uma área da prática clínica de elevada concentração tecnológica onde o futuro relacionado com a sobrevida e

a qualidade de vida é incerto apesar do elevado consumo de recursos humanos e tecnológicos hospitalares.

O sucesso dos cuidados intensivos é, habitualmente, avaliado em função das taxas de mortalidade independentemente da sobrevida a longo prazo e prognóstico funcional. Actualmente são ainda hospitalizadas crianças com patologia congé-

nita ou crónica prévia, que são submetidas a cuidados diferenciados de elevada tecnologia, com redução da sua mortalidade apesar da incerteza da sua qualidade de sobrevida.

Contudo, os recursos financeiros disponíveis para a prestação de cuidados de saúde são finitos, pelo que numa era de focalização na racionalização e optimização dos recursos de

cuidados de saúde, é fundamental avaliar o prognóstico dos doentes e a efectividade dos cuidados intensivos. Neste contexto, é fundamental avaliar a morbilidade a o estado de saúde nas crianças hospitalizadas nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Com o objectivo de avaliar o estado de saúde das crianças hospitalizadas, foi criada uma

escala de avaliação da qualidade de vida, a “Multi-Attribute Health Status Classification” (MAHSC) que inicialmente, foi criada para utilização em recém nascidos (Torrance *et al.*, 1982) e, posteriormente, alargada a sua utilização para doentes oncológicos (Feeny *et al.*, 1992). Numa fase posterior, os autores do MAHSC elaboraram várias versões de questionários que permitem avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) em diferentes períodos da vida dos doentes, nomeadamente o Health Utilities Index Mark 2 e Mark3 (HUI2 e HUI3) (Furlong *et al.*, 2001; Horsman *et al.*, 2003). O nível de funcionamento, dentro de cada atributo, está representado por 5 a 6 níveis hierárquicos no HUI3 e 4 a 5 níveis no HUI2, que variam de presença totalmente funcional do atributo até à sua ausência, dependendo do nível de alteração. Estes níveis são interpretados em função do desenvolvimento considerado adequado para a idade do sujeito.

O estado de saúde de um determinado indivíduo pode ser descrito como um vector de oito elementos para o HUI3 (X1X2X3X4X5X6X7X8; por exemplo: 1 3 2 3 4 1 2 1), onde Xi representa o nível (1 a 5 ou 6) de cada atributo i; esta classificação pode descrever 972 mil estados de saúde para o HUI3 e 24 mil estados de saúde para o HUI2, que individualmente representam estados de saúde diferentes entre si (<http://healthutilities.biz>). Na prática, o número de estados de saúde será consideravelmente menor devido a certo grau de dependência entre alguns atributos (por exemplo, a disfunção locomotora grave raramente coincidirá com cuidados pessoais perfeitos ou com a ausência de dor). No caso do HUI3, o estado de saúde depende de oito atributos avaliados: Visão, Audição, Linguagem, Mobilidade, Destreza Manual, Estado Emocional, Cognição e Dor. Conceptualmente, tanto o HUI2 como o HUI3, foram baseados na capacidade funcional em

vez da “performance” e numa abordagem “*within the skin*”, o que significa incluir dimensões físicas e emocionais, excluindo as interações sociais (Furlong, 2001, Working Paper). Foi, ainda, desenvolvida uma fórmula que permite transformar as respostas ao questionário num valor numérico que varia entre valores de -0,03 e 1,00 para o HUI2 e entre -0,36 e 1,00 para o HUI3. Esta escala tem como pontos de referência o 1,00 que significa a “normalidade/ausência de disfunções” e o 0,00 que significa a “morte”; os valores negativos da escala são interpretados como estado de saúde com uma QVRS “pior do que estar morto” (Horsman *et al.*, 2003). A possibilidade de converter o questionário num valor numérico permite a aplicação de métodos de tratamento estatístico mais poderosos e permite também a sua utilização para o cálculo de relações custo-benefício, por exemplo, através do cálculo de anos de vida ajustados para a qualidade (*Quality-Adjusted Life*

Years – QALY) (Furlong *et al.*, 2001; Prieto *et al.*, 2003).

Têm sido desenvolvidas várias versões do questionário HUI3, registando-se a sua aplicação na avaliação do estado de saúde em diferentes períodos da vida dos doentes e que têm sido aplicados numa grande variedade de populações e situações clínicas (Gemke *et al.*, 1995; Gemke *et al.*, 1996; De Keizer *et al.*, 1997; Felder-Puig *et al.*, 2000; Taylor *et al.*, 2003).

Estes questionários estão disponíveis em versões de auto-preenchimento ou para inquérito presencial ou telefónico (Horsman *et al.*, 2003; Verrips *et al.*, 2001). Embora a classificação inicial não fosse validada apenas para crianças com idade inferior a 12 meses, a construção do HUI 2 e HUI 3 limitou o seu uso a crianças com idade maior ou igual a seis anos, que parece ser o limite mais indicado, pois o desenvolvimento psicomotor da criança permite a sua aplicação sem o recurso a adaptações individualizadas para a idade. No sentido de avaliar a aplica-

Francisco António Portilha Antunes da Cunha

francisco.a.acunha@sapo.pt

Médico Pediatra, Assistente Hospitalar na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Departamento de Pediatria, Hospital S. João, Porto. Consultant in Pediatrics, Pediatric Intensive Care Unit, Department of Pediatrics, Hospital S. João, Porto.

Maria Júlia Eça Guimarães

mariajuliag@netcabo.pt

Médica Pediatra, Chefe de Serviço de Pediatria do Hospital S. João, Porto. Professora Auxiliar de Pediatria na Faculdade Medicina da Universidade Porto. Pós-Graduação em Direcção de Unidades de Saúde pelo ISCTE/INDEG.

Pediatrician, Pediatrician-in-Chief of Hospital S. João, Porto. Auxiliary Professor of Pediatrics, University of Porto Medical School. Post-Graduation in the Direction of Health Care Units by ISCTE/INDEG.

Luís Almeida Santos

las@netcabo.pt

Médico Pediatra, Chefe de Serviço e Director do Serviço de Urgência e Cuidados Intensivos Pediátricos do Departamento de Pediatria, Hospital S. João, Porto. Professor Auxiliar de Pediatria na Faculdade Medicina da Universidade Porto. Pós-Graduação em Direcção de Unidades de Saúde pelo ISCTE/INDEG.

Pediatrician, Director of the Pediatric Emergency and Pediatric Intensive Care Unit, Department of Pediatrics, Hospital S. João, Porto. Auxiliary Professor of Pediatrics, University of Porto Medical School. Post-Graduation in the Direction of Health Care Units by ISCTE/INDEG.

ção da escala HUI numa população de crianças hospitalizadas em cuidados intensivos pediátricos integrámos a presente aplicação num projecto global de avaliação de risco de mortalidade e da morbilidade no âmbito de um estudo multicêntrico financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e FEDER (POCTI/ESP/41472/2001) e aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de S. João (Porto), Hospital Pediátrico de Coimbra e Hospital D. Estefânia (Lisboa) (informação adicional em <http://daicip.med.up.pt>).

1. MATERIAL E MÉTODOS:

A avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) foi efectuada através da aplicação do questionário conjunto Health Utilities Index Mark 2 e Mark3 (HUI23), o qual é constituído por 40 perguntas sobre um conjunto de oito atributos (Visão, Audição, Fala, Mobilidade, Destreza manual, Estado Emocional, Cognição e Dor). Este questionário apenas permite a avaliação da QVRS de crianças com idade maior ou igual a seis anos. No final do questionário é, ainda, efectuada uma 41ª questão sobre a classificação do estado de saúde da criança, na perspectiva do inquirido/“proxi”. Esta questão não é considerada para o cálculo do valor numérico do HUI23.

O HUI23 foi aplicado por entrevista, respondido por alguém próximo do indivíduo e conhecedor do seu estado de saúde – “proxi” (geralmente os pais) – de um modo prospectivo, em dois períodos distintos: logo após a admissão em UCIP e seis meses após esta data. O primei-

ro questionário, foi efectuado o mais próximo possível da hora de admissão, logo que o médico assistente da criança o considerasse adequado e referia-se ao estado de saúde imediatamente antes do acontecimento que originou a hospitalização. O segundo, foi efectuado seis meses após a data de admissão na UCIP, a todos os pais de crianças sobreviventes. O estado de saúde foi avaliado em relação à “última semana”, ou seja, aos sete dias anteriores à admissão na UCIP ou da realização do questionário de seguimento. Os questionários foram aplicados, no primeiro momento pelos investigadores (médicos) do projecto presencialmente, e, no segundo momento por entrevista telefónica, efectuada por duas investigadoras (não médicas) que receberam treino específico para a realização destas entrevistas.

Após aplicação de um algoritmo, sujeito ao pagamento de direitos de autor, as respostas são recodificadas para cada um dos atributos, de modo a obter um valor numérico global que reflecte a QVRS. Foi ainda avaliada a variação entre a QVRS pré e pós-admissão em UCIP. Em relação à variação da QVRS, consideramos que a criança “piojou” quando a diferença entre os valores do segundo e do primeiro questionário foi $< -0,05$, “manteve” se se situa no intervalo $[-0,05 ; 0,05]$ e que “melhorou” se foi $> 0,05$.

Simultaneamente, foram recolhidos dados demográficos da população no âmbito mais alargado do projecto DAIP-CIP. Os dados foram recolhidos prospectivamente em todas as ad-

missões que ocorreram entre 01/05/2002 e 31/12/2004.

Os resultados são apresentados em três secções: pré-admissão, pós-admissão e variação entre a avaliação do estado de saúde pré e pós-admissão em UCIP.

As variáveis contínuas foram descritas através das medidas de sumário: média, desvio-padrão (DP), âmbito, percentil 25, mediana e percentil 75; as variáveis categóricas foram descritas com frequências absolutas e relativas (%). As classificações obtidas no HUI3, assim como nos seus atributos, foram analisadas por sexo, idade em meses, tipo de admissão (planeada; não planeada), diagnóstico (pós-operatório electivo; trauma; outro) e centro (Coimbra; Lisboa; Porto), com os testes estatísticos: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Qui-quadrado de Pearson e exacto de Fisher, quando aplicáveis.

Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de 0,05. A análise foi efectuada com o software de análise de dados SPSS® v.12.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

2. TRADUÇÃO DO QUESTIONÁRIO HUI 2/3

A escolha do questionário de 40 perguntas administradas ao “proxi”, referente ao estado de saúde da criança nos sete dias anteriores (“última semana”), foi decidida tendo em consideração as informações fornecidas pelos coordenadores da *Health Utilities Inc.* que entendiam que este seria o questionário mais adaptado a este tipo de estudo. A tradução deste questionário decorreu durante cerca de mês e meio, tendo sido efec-

tuada por dois dos investigadores; numa primeira fase cada investigador realizou uma tradução individualizada e posteriormente elaboraram uma versão de consenso. Esta versão portuguesa foi depois alvo de uma “back-translation” de português para inglês por uma tradutora contratada pela HUInc., tendo sido sugeridas apenas pequenas correcções. Após a incorporação destas alterações foi elaborado o questionário final da versão portuguesa do HUI23.40Q.

3. RESULTADOS

No período em questão foram admitidas 1.807 crianças nas três UCIP envolvidas no estudo. Destes, apenas foram excluídos 1.180 casos, por as crianças terem menos de seis anos de idade, 57 casos por o óbito ter ocorrido na UCIP, 21 por readmissão e 10 por nova admissão, num prazo inferior a um mês (em relação à anterior admissão numa das UCIP), ficando um total de 539 casos para possível análise. Foram ainda excluídos 37 casos por os respectivos questionários não terem sido enviados pelos centros, 108 casos por os questionários não terem sido realizados (motivos: não foi possível contactar o “proxi” durante o internamento; ausência ou indisponibilidade de qualquer investigador durante o internamento; ter sido considerado eticamente incorrecto a realização do questionário (situação clínica com muito baixa probabilidade de sobrevida e/ou crianças em provável morte cerebral), ficando um total de 394 questionários realizados no momento da admissão na UCIP

(73% dos possíveis).

Em relação ao questionário realizado seis meses após a admissão, este foi realizado em 278 casos (71% dos possíveis), tendo os restantes sido excluídos por: excedidas as cinco tentativas telefónicas protocoladas (60 casos); recusa em participar (3 casos); óbito após a alta da UCIP (3 casos) e outros motivos em 50 casos (alteração de telefone; falta de dados; enviado pelo centro com muito atraso; criança desaparecida da instituição de acolhimento; contacto internacional e “proxi” não

percebe português).

A avaliação do questionário foi realizada com a aplicação do algoritmo do HUI2 e do HUI3, mas, sendo os resultados sobreponíveis optou-se por apresentar apenas resultados da última versão do questionário – HUI3. O Quadro I apresenta a distribuição dos valores numéricos da avaliação individual de cada um dos atributos e do valor global da HUI3. No Quadro II apresentamos os valores da classificação categórica dos oito atributos do HUI3. Os resultados da avaliação do valor

global do HUI3 em função de algumas das variáveis recolhidas são apresentados no Quadro III. Os resultados dos Quadros I a III referem-se aos questionários aplicados no momento da admissão na UCIP.

Os Quadros IV a VI mostram os resultados obtidos no questionário de seguimento realizado seis meses após a admissão na UCIP, respectivamente para os valores numéricos da avaliação individual de cada um dos atributos e do valor global da HUI3, os valores da classificação categórica dos oito atri-

butos do HUI3 e os valores do HUI3 global em função de algumas das variáveis recolhidas.

Os resultados da avaliação da variação da QVRS, entre o momento do seguimento aos seis meses e na data de admissão na UCIP, estão representados nos Quadros VII e VIII. No Quadro VII apresenta-se a variação do estado funcional de cada um dos oito atributos e no Quadro VIII a variação dos atributos e do valor global do HUI3 em função de três grupos principais de diagnóstico. O valor da mediana do HUI3 (P25-P75) foi semelhante nos dois momentos avaliados: 0,86 (0,41 – 1,00) na admissão e de 0,84 (0,46 – 1,00) aos seis meses ($p=0,877$). No que diz respeito à avaliação dos valores para cada um dos atributos foram encontradas diferenças significativas, entre os valores pré e pós admissão na UCIP para os atributos: Destreza ($p=0,028$); Cognição ($p<0,001$) e Dor ($p<0,001$). A avaliação do valor de HUI3 por UCIP e pelo Sexo da criança não mostrou diferenças significativas ($p>0,118$). Contudo, a avaliação por Grupo de Diagnóstico mostrou diferenças, entre

Quadro I:

Média (med), desvio padrão (DP), mínimo (min), percentil 25 (P25), mediana (me), percentil 75 (P75) e máximo (max) das pontuações obtidas nos subscores e score do HUI3

	N	med	(DP)	min	P25	me	P75	max
Visão	377	0,95	(0,16)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Audição	386	0,99	(0,10)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Fala	391	0,94	(0,20)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mobilidade	387	0,87	(0,31)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Destreza manual	388	0,94	(0,22)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Estado emocional	377	0,88	(0,21)	0,00	0,73	1,00	1,00	1,00
Cognição	383	0,90	(0,24)	0,00	0,86	1,00	1,00	1,00
Dor	386	0,78	(0,35)	0,00	0,48	1,00	1,00	1,00
Global	361	0,68	(0,38)	-0,36	0,41	0,86	1,00	1,00

Quadro II:

Frequências relativas (%) da distribuição dos subscores, por atributo, do HUI3

Categorias	Visão	Audição	Fala	Mobilidade	Destreza manual	Estado emocional	Cognição	Dor
	%	%	%	%	%	%	%	%
1	81	98	89	81	93	66	72	56
2	12	0	5	6	1	8	12	13
3	0	0	1	1	0	18	3	5
4	3	1	2	0	1	7	6	12
5	2	0	3	4	2	1	2	14
6	2	1	N/A	8	4	N/A	5	N/A
Nº total casos	377	386	391	387	388	377	383	384

os três grupos, com significado estatístico, quer aquando da admissão ($p<0,001$), quer aos seis meses ($p=0,02$). No que respeita

ao tipo de admissões verificamos que as crianças com admissão planeada tinham valores de HUI3 significativamente menores

quando da admissão ($p=0,012$), mas que seis meses após essa data não havia diferença entre os casos de admissão planeada

vs não planeada ($p=0,954$).

Quando avaliada a variação individual da QVRS (seis meses vs admissão), verificamos que a QVRS se manteve em 23%, piorou em 39% e melhorou em 38% dos casos ($n=222$). A avaliação da diferença em relação ao Sexo, Idade e UCIP não foi significativa ($p>0,16$). Contudo, a análise em relação ao tipo de admissão mostrou diferenças significativas com melhoria em 45% das admissões planeadas vs 33% das não-planeadas e agravamento em 48% dos casos de admissões não-planeadas vs 26% das planeadas ($p=0,004$).

As diferenças entre Grupos de Diagnóstico tiveram significado estatístico ($p<0,001$).

O Quadro IX apresenta os resultados da média dos valores globais do HUI3 em alguns estudos publicados na literatura e os obtidos no presente estudo.

4. DISCUSSÃO

A avaliação da variação em cada domínio estudado mostrou diferenças com significado estatístico apenas em seis dos oitos domínios, nomeadamente: Fala, Mobilidade, Destreza Manual, Estado Emocional, Cognição e Dor. Estas diferenças foram mais importantes a nível da avaliação por Grupo de Diagnóstico e nos últimos três domínios acima mencionados ($p<0,001$). Apesar dos valores da QVRS medidos pelo HUI3 no momento da admissão e seis meses após serem semelhantes, a avaliação das variações individuais permitiu encontrar diferenças com significado estatístico em vários subgrupos, em particular em relação ao facto de se tratar de admissões planeadas ou

Quadro III:

Mínimo (min), percentil 25 (P25), mediana (me), percentil 75 (P75) e máximo (max) do HUI3 por sexo, idade (em meses), tipo de admissão, grupo de diagnóstico e UCIP

	N	min	P25	me	P75	max	P
Sexo							0,774 ⁽¹⁾
Masculino	188	-0,36	0,39	0,86	1,00	1,00	
Feminino	173	-0,36	0,41	0,86	1,00	1,00	
Idade em meses							0,012 ⁽¹⁾
72-126	184	-0,30	0,53	0,89	1,00	1,00	
127-216	177	-0,36	0,36	0,75	1,00	1,00	
Tipo de admissão							0,012 ⁽¹⁾
Admissão planeada	138	-0,31	0,35	0,75	0,95	1,00	
Admissão não planeada	223	-0,36	0,46	0,91	1,00	1,00	
Grupo de Diagnóstico de admissão							<0,001 ⁽²⁾
Pós operatório electivo	128	-0,31	0,38	0,76	0,96	1,00	
Trauma	92	-0,21	0,93	0,93	1,00	1,00	
Outro	141	-0,36	0,27	0,66	0,95	1,00	
UCIP							0,118 ⁽²⁾
Coimbra	139	-0,23	0,39	0,79	1,00	1,00	
Lisboa	93	-0,36	0,36	0,68	1,00	1,00	
Porto	129	-0,31	0,63	0,91	1,00	1,00	

(1) Teste de Mann-Whitney; (2) Teste de Kruskal-Wallis.

Quadro IV:

Média (med), desvio padrão (DP), mínimo (min), percentil 25 (P25), mediana (me), percentil 75 (P75) e máximo (max) das pontuações obtidas nos sub-scores e score do HUI3

	N	med	(DP)	min	P25	me	P75	max
Visão	255	0,92	(0,22)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Audição	263	0,98	(0,11)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Fala	275	0,92	(0,24)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mobilidade	274	0,87	(0,32)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Destreza manual	277	0,91	(0,27)	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Estado emocional	272	0,90	(0,20)	0,00	0,91	1,00	1,00	1,00
Cognição	272	0,85	(0,25)	0,00	0,86	1,00	1,00	1,00
Dor	276	0,87	(0,27)	0,00	0,92	1,00	1,00	1,00
Global	231	0,69	(0,36)	-0,36	0,46	0,84	1,00	1,00

Quadro V:
Frequências relativas (%) da distribuição dos subscores do HUI3

Categorias	Visão %	Audição %	Fala %	Mobilidade %	Destreza manual %	Estado emocional %	Cognição %	Dor %
1	76	97	86	84	87	64	56	70
2	11	1	3	2	3	17	16	10
3	0	0	1	1	0	13	4	4
4	7	1	6	0	1	5	13	9
5	2	0	4	4	3	2	8	7
6	3	1	N/A	9	6	N/A	3	N/A
Nº total casos	255	263	274	274	277	272	272	276

Quadro VI:
Mínimo(min), percentil 25 (P25), mediana (me), percentil 75 (P75) e máximo (max) do HUI3 por sexo, idade (em meses), tipo de admissão, grupo de diagnóstico e UCIP

	N	min	P25	me	P75	max	P
Sexo							0,275 ⁽¹⁾
Masculino	124	-0,36	0,43	0,81	1,00	1,00	
Feminino	107	-0,30	0,51	0,86	1,00	1,00	
Idade em meses							0,921 ⁽¹⁾
72-126	110	-0,30	0,45	0,84	1,00	1,00	
127-216	121	-0,36	0,52	0,84	1,00	1,00	
Tipo de admissão							0,954 ⁽¹⁾
Admissão planeada	97	-0,28	0,50	0,84	1,00	1,00	
Admissão não planeada	134	-0,36	0,45	0,84	1,00	1,00	
Grupo de Diagnóstico de admissão							<0,022 ⁽²⁾
Pós operatório electivo	87	-0,28	0,45	0,84	1,00	1,00	
Trauma	54	-0,30	0,44	0,69	0,93	1,00	
Outro	90	-0,36	0,53	0,89	1,00	1,00	
UCIP							0,319 ⁽²⁾
Coimbra	92	-0,28	0,53	0,84	1,00	1,00	
Lisboa	56	-0,36	0,51	0,90	1,00	1,00	
Porto	83	-0,30	0,44	0,79	1,00	1,00	

(1) Teste de Mann-Whitney; (2) Teste de Kruskal-Wallis.

não-planeadas ou em função da patologia que motivou a admissão na UCIP. Este facto realça a necessidade de os estudos de avaliação da QVRS após admissão em cuidados intensivos serem prospectivos, com avaliação inicial do estado de saúde e centrados no indivíduo.

A elevada percentagem de agravamento de QVRS em crianças vítimas de trauma (74%) apenas vem confirmar dados da prática clínica diária. Contudo, pensamos que seria importante avaliar este conjunto de crianças após um período de seguimento mais alargado para determinar a influência dos cuidados pós-UCIP na recuperação funcional das crianças vítimas de trauma.

Estes resultados permitem também mostrar, numa vertente para além da mortalidade, a importância dos Cuidados Intensivos Pediátricos na assistência a crianças gravemente doentes, uma vez que esta assistência permitiu que, em 61% dos casos as crianças mantivessem ou melhorassem a sua QVRS. Adicionalmente, em 46% dos casos em que houve agravamento estes foram devidos a patologia traumática.

Quadro VII:

Frequências relativas (%) da distribuição dos subscores do HUI3

	Visão	Audição	Fala	Mobilidade	Destreza manual	Estado emocional	Cognição	Dor	Global
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Piorou	10	3	10	6	8	25	30	17	39
Manteve	88	97	87	85	87	52	58	50	23
Melhorou	2	0	3	9	4	24	12	33	38
TOTAL	249	261	275	272	276	265	269	273	222

Quadro VIII:

Percentagem (%) das diferenças entre as pontuações obtidas nas dimensões e score global do HUI3 pré e após admissão por grupo de diagnóstico

	Grupo de diagnóstico			p ¹
	Pós operatório Electivo	Trauma	Outro	
	%	%	%	
Visão				0,601
Piorou	8	15	8	
Manteve	89	84	90	
Melhorou	3	1	2	
Audição				0,368
Piorou	1	5	2	
Manteve	99	95	97	
Melhorou	0	0	1	
Fala				0,124
Piorou	6	18	10	
Manteve	90	82	87	
Melhorou	4	0	3	
Mobilidade				0,030
Piorou	7	10	4	
Manteve	84	91	82	
Melhorou	9	0	14	
Destreza manual				0,012
Piorou	4	17	8	
Manteve	90	83	87	
Melhorou	6	0	5	
Estado emocional				<0,001
Piorou	20	40	19	
Manteve	56	57	44	
Melhorou	24	3	37	
Cognição				<0,001
Piorou	24	57	19	
Manteve	62	35	67	
Melhorou	14	8	13	
Dor				<0,001
Piorou	17	25	13	
Manteve	53	68	36	
Melhorou	30	8	51	
Global				<0,001
Piorou	29	74	27	
Manteve	33	19	15	
Melhorou	38	7	57	

¹ Teste do Qui-quadrado de Pearson

A pequena dimensão da amostra e o limite etário imposto pelo questionário utilizado inviabiliza a generalização destes resultados à totalidade das crianças assistidas em UCIP. Considerando que apenas cerca de 30% das crianças admitidas em UCIP serão elegíveis para este tipo de estudo, será necessário alargar o número de UCIP envolvidas e/ou manter a avaliação prospectiva por períodos temporais mais alargados, de modo a tentar identificar outras diferenças ou confirmar alguns destes resultados. As médias do valor global de HUI3 em vários estudos mostram-nos que a QVRS de doentes com necessidade de hospitalização em UCIP são bastante inferiores à população “geral” de adultos e inferiores a crianças sobreviventes a patologias oncológicas variadas (ver Quadro IX). Este facto parece-nos ficar a dever-se ao elevado e crescente número de crianças com patologia crónica que são admitidas em UCIP, seja em situações agudas, seja para vigilância clínica após procedimentos cirúrgicos ou outros. A aproximação dos valores entre a nossa população e os sobreviventes de patologia oncológica do sistema nervoso central e de adultos com acidentes vasculares cere-

Quadro IX:

Valores médios do HUI3 global em vários estudos internacionais e no presente estudo (a negrito) (adaptado de Furlong, 2001, working paper)

POPULAÇÃO / ESTUDOS	
Tumor de Wilms (ped)	0,93
População geral adultos	0,90
Neuroblastoma (ped)	0,87
Retinoblastoma (ped)	0,83
Artrite adultos	0,77
Tumores SNC (ped)	0,69
Pós-admissão	0,69
Pré-admissão	0,68
AVC em adultos	0,54

(ped) = pediátrico

brais remete-nos para a maior “responsabilidade” de atributos relacionados com o desenvolvimento psíquico na QVRS, em oposição aos atributos físicos. É importante referir que a utilização de escalas de avaliação da qualidade de vida é já uma realidade levando alguns grupos de trabalho a incluírem-nas nas suas metodologias de estudo e de seguimento de doentes. Assim, Glaser et al. (1999) aplicaram o HUI numa população de crianças sobreviventes de tumores do Sistema Nervoso Central e recomendaram sua inclusão como parte do seguimento em todos os estudos de patologia tumoral do Sistema Nervoso Central do *United Kingdom Children’s Cancer Study Group*. Embora os resultados apresentados sejam apenas uma parte dos dados obtidos com o projecto de investigação, pensamos que são elucidativos da necessidade de incluir a avaliação da qualidade de vida, e em particular da QVRS, nos estudos clínicos e de avaliação da qualidade

assistencial prestada nas UCIP. Adicionalmente, entendemos que a avaliação da QVRS deverá ser seriada e incluir sempre que seja possível uma avaliação da situação basal, uma vez que a avaliação da variação individual não pode ser inferida da análise da variação dos valores globais para a população ou subpopulações estudadas.

AGRADECIMENTOS

Aos Investigadores do projecto DAIP-CIP (POCTI/ESP/41472/2001): Altamiro Costa Pereira, Armando Teixeira Pinto, Clara Tavares (Serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto); António Marques, Deolinda Barata, João Estrada (UCIP do Hospital D. Estefânia – Lisboa); Leonor Carvalho, Fabela Neves, Fernanda Rodrigues (UCIP do Hospital Pediátrico de Coimbra); Ana Rosa Lopes, Teresa Cunha Mota (UCIP do Hospital S. João – Porto); Cláudia Camila (Bolsa Investigação Científica).

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- DE KEYZER, N.; BONSEL, G. and GEMKE, R. (1997). «Health status prediction in critically ill children: A pilot study introducing standardized health ratios». *Quality of Life Research*, vol 6, pp. 192-199.
- FEENY, D.; FURLONG, W.; BARR, R. et al. (1992). «A comprehensive multiattribute system for classifying the health status of survivors of childhood cancer». *Journal of Clinical Oncology*, vol 6: pp. 923-928.
- FELDER-PUIG, R.; FREY, E.; SONNLEITHNER, G. et al. (2000). «German cross-cultural adaptation of the Health Utilities Index and its application to sample of childhood cancer survivors». *European Journal of Pediatrics*, vol 159, pp. 283-288.
- FURLONG, W.; FEENY, W.; TORRANCE, G. et al. (2001). «The Health Utilities Index (HUI®) system for assessing health-related quality of life in clinical studies». *Annals of Medicine*, vol 33, pp. 375-384.
- FURLONG, W.; FEENY, W.; TORRANCE, G. et al. (2001). «The Health Utilities Index (HUI®) system for assessing health-related quality of life in clinical studies». Centre for Health Economics and Policy Analysis. Working Paper n.º 01-02.
- GEMKE, R. and BONSEL, C. (1996). «Reliability and validity of a comprehensive health status measure in a heterogeneous population of children admitted to intensive care». *Journal Clinical Epidemiology*, vol 49, n.º 3, pp. 327-333.
- GEMKE, R.; BONSEL, C. and VAN, V. (1995). «Long term survival and state of health after paediatric intensive care». *Archives of Disease of Childhood*, vol 73, pp. 196-201.
- GLASER, A.; FURLONG, W.; WALKER, D. et al. (1999). «Applicability of the Health Utilities Index to a population of childhood survivors of central nervous system tumors in the UK». *European Journal of Cancer*, vol 35, pp. 256-261.
- HORSMAN, J.; FURLONG, W.; FEENY, D. et al. (2003). «The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement, properties and applications». *Health and Quality of Life Outcomes*; 1: 54.
- <http://healthutilities.biz>, acessado em 22 de Março de 2006.
- PRIETO, L. and SACRISTÁN, J. (2003). «Problems and solutions in calculating Quality-Adjusted Life Years (QALYs)». *Health and Quality of Life Outcomes*; 1: 80.
- TAYLOR, A.; BUTT, W. and CIARDULLI, M. (2003) «The functional outcome and quality of life children after admission to an intensive care unit». *Intensive Care Medicine*, vol 29, pp. 795-800.
- TORRANCE, G.; BOYLE, M. and HORWOOD, S. (1982). «Application of multi-attribute utility theory to measure social preference for health states». *Operations Research*, vol 30, pp 1043-1069.
- VERRIPS, G.; STUIFBERGEN, M.; DEN, OUDEN A. et al. (2001). «Measuring health status using the health Utilities Index: agreement between raters and between modalities of administration». *Journal of Clinical Epidemiology* vol 54, pp. 475-481.

Redução de Stocks de Medicamentos – O papel da Farmácia Hospitalar

Nuno Augusto **Autor**

Resumo

Com o gasto em medicamentos a tornar-se uma das principais preocupações orçamentais na saúde, é de todo o interesse promover um estudo que avalie e proponha medidas ao nível da logística do medicamento em ambiente hospitalar. Não se podem reduzir as prescrições de medicamentos, mas, se pensarmos que uma parte dos medicamentos acaba por ser inutilizada por prazo de validade expirado ou por quebras diversas, terá muita importância melhorar todo o circuito logístico a nível interno. O “empate de capital” com medicamentos é uma das principais preocupações a nível das Administrações Hospitalares. A Administração do Hospital Alfa colocou à direcção da FH (Farmácia Hospitalar) Alfa o seguinte objectivo: **redução do activo circulante respeitante ao stock de medicamentos**. Deste modo, o presente artigo visa compilar informação, analisar e propor medidas a nível logístico no circuito do medicamento na FH Alfa, de modo a cumprir o objectivo enunciado.

Palavras-chave

Farmácia Hospitalar; Logística; Pipeline Logístico; Distribuição de Medicamentos.

Title

Reducing Stocks of Medication – The Health System Pharmacy Role

Abstract

With the expense of medication becoming one of the major budget concerns of the healthcare system, it is of interest to promote a study that evaluates and proposes measures at logistic level, in the hospital environment. It is not possible to reduce medication prescriptions, but if we thought that a part of medication ends up being wasted due to the expiry date, or other losses, it is very important to improve the entire logistic circuit at an internal level.


The Administration Board of Alfa Institution presented to the director of the Alfa Health System Pharmacy the following goal: **reduce de active circulation cost when medication stocks are concerned**.

This way the present article aims to compile information, analyse and propose measures at the logistic circuit levels at Alfa Health System Pharmacy, in a way that the objective proposed by the Administration Board can be achieved.

Key-Words

Health System Pharmacy; Logistic; Logistic Pipeline; Medication Distribution

INTRODUÇÃO

 Hospital Alfa foi inaugurado na década de 90. O seu historial é relativamente curto, mas reflecte a realização de uma enorme ambição no quadro da assistência médica aos seus beneficiários. É uma instituição privada que presta assistência aos seus beneficiários e também a doentes privados.

O funcionamento deste hospital representa uma maior autonomia para os seus beneficiários que passaram a possuir a sua própria instituição hospitalar. Essa autonomia é ainda mais representativa quando nos referimos a fornecedores externos e a prestação de cuidados de saúde. Tem uma capacidade de internamento de cerca de 120 ca-

mas, distribuídas por diversas especialidades, tais como Cirurgia, Medicina, Ginecologia e Obstetrícia, entre outras. Possui uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Urgência Ambulatória, Hospital de Dia de Oncologia, Meios complementares de Diagnóstico, Farmácia Hospita-

lar (FH), Serviço de Aprovisionamento e Serviços Gerais de Apoio e Manutenção.

Adoptou um sistema informático que permite aos seus profissionais a consulta de dados para uma assistência correcta e em tempo útil. Tratando-se de um sistema informático, existe a possibilidade de alteração/ evolução do mesmo, de modo

a facilitar e tornar mais célere a assistência ao utente/beneficiário. Este sistema é utilizado para a identificação do utente/beneficiário, registo do processo clínico, prescrições de exames e medicamentos (prescrição online), em suma, é a base de dados dos utentes/beneficiários e de todos e quaisquer processos realizados no Hospital. Este sistema de informação permite ainda a emissão da factura ao beneficiário ou ao utente privado.

1. CARACTERIZAÇÃO DA FH ALFA

O horário de funcionamento da FH é permanente. Para garantir o seu funcionamento existem três turnos distintos: manhã, tarde e noite. Na FH Alfa trabalham dois Farmacêuticos, dez Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica de Farmácia (TDTF), três Técnicos de Farmácia (TF), dois Auxiliares de Acção Médica (AAM) e um Administrativo.

Missão e Visão da FH

A FH Alfa encontra-se inserida hierarquicamente na orgânica do hospital, funcionando como um serviço de apoio clínico. É responsável por todo o circuito do medicamento dentro do hospital, promoção do uso racional do medicamento, ensino e investigação científica na área da FH.

Para consolidar esta ideia transcreve-se o seguinte artigo:

"Pharmacy is no longer monolithic. At least two types of pharmacy practise, requiring two different types of pharmacists, have evolved. One group of pharmacists is still primarily engaged in the distributive functions and operates in a technical environment. Another group primarily engaged in clinical functions concerning drug therapy and functions in an institutional environment. Both types are needed, and, although the two roles are markedly different, pharmacy leaders support a common knowledge base for both." (Zacker e Mucha, 1998, p.1304).

Analisando este artigo, em Portugal, já existem as formações académicas de base necessárias para a aplicação do modelo sugerido: dois grupos profissionais na mesma área, contudo com conhecimentos específicos diferentes, ou seja, um grupo, TDTF, "engaged in the distributive functions and operate in a technical environment", e outro grupo, Farmacêuticos, "engaged in clinical functions concerning drug therapy and functions in an institutional environment".

Deste modo, poder-se-á dizer que a missão da FH Alfa é:

Garantir que o medicamento certo, na quantidade precisa, na hora exacta, está no local onde é necessário.

No que respeita à visão da FH

Alfa, resume-se a:

Ser reconhecida como uma FH de referência.

2. PROBLEMA DE PESQUISA E OBJECTIVO

Após a apresentação do relatório de contas da Instituição Alfa, a Administração colocou como objectivo: **redução do activo circulante respeitante a medicamentos**. Isto não é mais que a redução dos stocks de medicamentos da FH Alfa e dos diferentes Serviços/Centros de Custos.

O objectivo do presente artigo é rever e compilar conceitos existentes que possam ajudar a alcançar o objectivo proposto pela Administração da Instituição Alfa.

2.1. Gestão Total do Pipeline

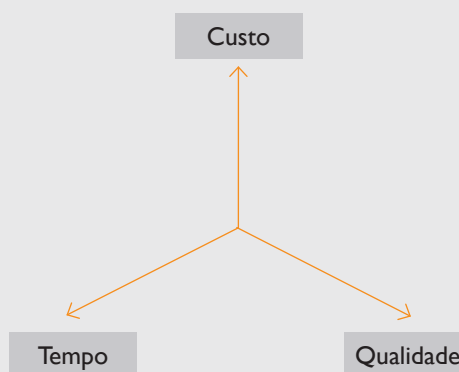
Segundo Carvalho (2004), lo-

gística significa, essencialmente, planeamento e gestão de fluxos físicos e/ou informacionais. Deste modo, todo o fluxo de medicamentos em ambiente hospitalar é um processo logístico.

Ainda de acordo com o mesmo autor, existem três dimensões associadas aos processos logísticos: Custo, Tempo e Qualidade (ver Figura 1). Por exemplo, uma redução de Custos pode ter impacto ao nível da Qualidade ou do Tempo dispendido. Ou seja, se for alterada qualquer uma das dimensões é de esperar consequências nas outras.

A FH Alfa é um ponto intermédio no fluxo de medicamentos do *pipeline*, que vai desde a produção do medicamento até a administração ao doente. Assim, a montante da FH existem os fornecedores de medicamentos,

Figura 1:
Trade off entre as três dimensões da logística



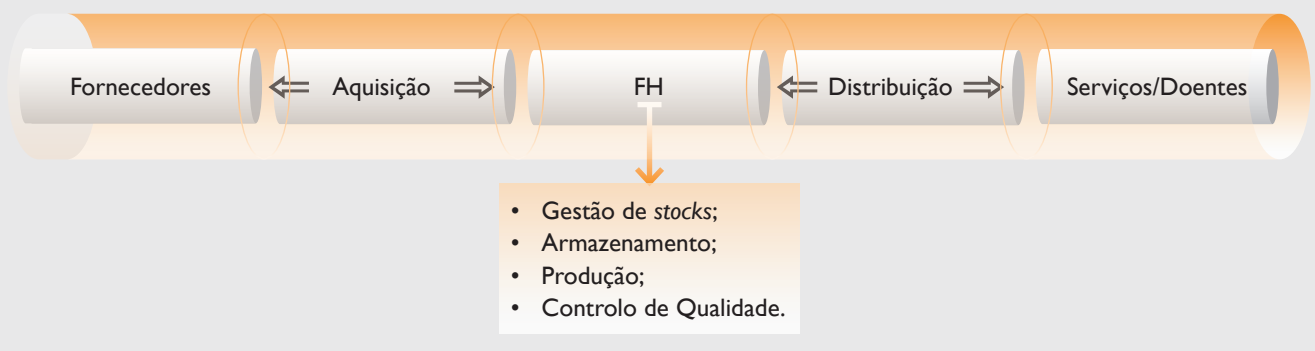
Nuno Miguel Alves Augusto

augusto.nuno@gmail.com

Licenciado em Farmácia pela ESTeS Lisboa. Técnico Diagnóstico e Terapêutica de Farmácia no Hospital dos SAMS/SBSI. Mestrando em Gestão dos Serviços de Saúde do ISCTE/INDEG.

Licentiate in Pharmacy by ESTeS Lisbon. Pharmacy Technician at the Health System Pharmacy of SAMS/SBSI Hospital. Preparing a Thesis for a Masters Degree on Health Care Management at ISCTE/INDEG.

Figura 2:
Gestão do *pipeline* total da FH Alfa



a jusante existem os diferentes Serviços Clínicos e os doentes (ver Figura 2).

Existem assim três pontos a gerir no *pipeline*: a montante da FH (*Aquisição/Input*), ao nível da FH propriamente dita (*Processamento*) e a jusante da FH (*Distribuição/Output*).

Para atingir o objectivo proposto pela Administração da Instituição Alfa, a estratégia passará por reduzir o tempo de permanência do medicamento ao longo do *pipeline*. Para esta estratégia os pontos fortes do

Hospital Alfa são: a existência de um sistema informático com prescrição *online*, permitindo um acesso imediato às prescrições; o funcionamento permanente da FH, permitindo dispensa de medicamentos em situações de urgência, em tempo útil de dez a quinze minutos a qualquer Serviço Clínico do Hospital Alfa.

2.1.1. Aquisição/Input

Ao nível das aquisições, a FH Alfa, sendo parte integrante de uma instituição privada, está liberta de grande parte dos pro-

cessos burocráticos associados à aquisição de medicamentos. É importante analisar diversos parâmetros, de modo a garantir o fornecimento de medicamentos com qualidade, ao menor custo, com a rapidez desejada. Assim, devem ser objecto de negociação com os fornecedores várias condições, tais como, o tempo médio de entrega de encomendas após solicitação da mesma, o custo da entrega, o prazo de pagamento, as garantias de entrega da quantidade contratualizada nos prazos previstos, a políti-

ca de trocas de medicamentos inutilizados. Todas as condições referidas devem ser monitorizadas através da criação de indicadores, de modo a garantir a qualidade das mesmas.

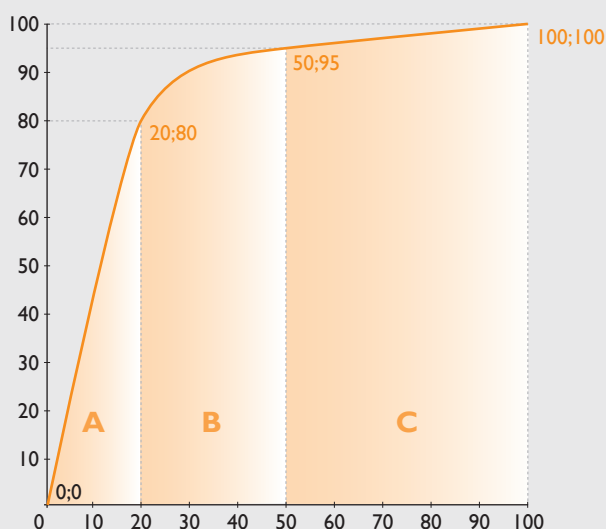
O estreitamento de relações com os fornecedores deve ser feito tendo em conta a matriz de Carvalho (2004) representada na Figura 3.

A política de redução de *stocks* deve ter em conta a especificidade de cada um dos medicamentos e classificá-los segundo esta matriz. O Risco de Abastecimento prende-se com a exclusividade de comercialização de determinado medicamento. O Impacto da Compra no resultado financeiro, refere-se ao peso relativo dos custos com o medicamento relativamente aos custos totais com medicamentos. Por exemplo, um fornecedor que comercialize um produto estratégico (isto é, com risco de abastecimento e custo elevado) deve ser tido como um parceiro, na medida em que a aquisição desse mesmo medicamento será forçosamente

Figura 3:
Classificação de produtos segundo o impacto financeiro e o risco de abastecimento

Impacto da Compra no resultado financeiro	Elevado	Produtos Centrais	Produtos Estratégicos
	Baixo	Produtos Rotineiros	Produtos Vulneráveis
		Baixo	Elevado
		Risco de Abastecimento	

Figura 4:
Curva de classificação ABC
(produtos por classes)



através desse fornecedor.

Outra forma de classificar a importância financeira dos medicamentos pode ser a análise ABC de percentagem de itens e facturação (ver Figura 4). Neste tipo de análise existem três pressupostos: 20% dos itens representam 80% dos custos (Classe A), 30% dos itens representam 15% dos custos (Classe B) e 50% dos itens representam 5% dos custos (Classe C). (Carvalho, 2004)

Através desta análise, evidencia-se que não é necessário reduzir drasticamente as existências de todos os medicamentos. Uma redução de stock de um medicamento da classe A tem um impacto financeiro muito superior em relação a um medicamento da classe C, visto o seu peso relativo ser superior.

2.1.2. Processamento

A gestão do stock de medicamentos da FH é da sua exclusiva responsabilidade. Cada medicamento armazenado contém um rótulo identificativo da localização do mesmo, com a designação genérica e a quantidade de stock de alerta (quantidade a partir da qual se deve referenciar o produto como em falta). O modelo subjacente a este procedimento é o modelo de gestão de stocks Q. Este modelo prevê que quando a quantidade existente em stock chega a determinado nível, seja despoletada uma encomenda ao fornecedor.

Mas, em simultâneo, na FH Alfa existe uma revisão geral de faltas que é feita ao fim de semana. Este procedimento remete-nos para o modelo de gestão

de stocks P. Este modelo tem por base uma revisão periódica dos stocks.

O stock de alerta deve ser calculado tendo em conta: os gastos correntes e previstos, o espaço físico existente para armazenamento, o tempo que o fornecedor demora a fazer a entrega e o período de tempo para o qual se destina a encomenda. Outro factor a ter em conta na definição do ponto de encomenda é a natureza do medicamento. Por exemplo, se o medicamento é *life saving*, medicamento corrente (consumo regular ao longo do ano) ou medicamento sazonal.

Se a intenção é a diminuição dos stocks, todos os pontos de stock de alerta de medicamentos devem ser revistos, bem como as quantidades a encomendar ao fornecedor por cada encomenda efectuada.

A metodologia de armazenamento é FEFO (*First to Expire, First Out*). Quando se armazena uma nova encomenda é verificado o prazo de validade dos medicamentos já existentes, de modo a que o primeiro a sair seja aquele cujo prazo expira mais brevemente. Assim, evitam-se inutilizações por prazo de validade expirado.

Ao nível de produção de medicamentos, as medidas a nível logístico podem ser diversas. A FH Alfa coloca ao dispor do Hospital Alfa a manipulação de medicamentos citotóxicos, preparação de nutrições parentéricas e outras preparações estéreis e não estéreis. No

contexto de redução de stocks, ao nível logístico deve ser feito um planeamento atempado das necessidades, por exemplo à semana. Desta forma, doentes com ciclos de Quimioterapia idênticos, se possível deveriam dirigir-se ao Hospital de Dia de Oncologia no mesmo dia. Desta forma, seria possível aproveitar os fraccionamentos de embalagens de citotóxicos que bastantes vezes são inutilizadas, sem ter sido utilizado todo o conteúdo da embalagem. Se o planeamento fosse feito desta forma, poderia pensar-se para este tipo de medicamentos num fornecimento do tipo *just in time*. Com as previsões de serviço de Hospital de Dia para cada dia, poder-se-ia adquirir apenas o essencial para as preparações planeadas para determinado período de tempo.

2.1.3. Distribuição/Output

Os processos de Distribuição de Medicamentos dividem-se em: Distribuição de Medicamentos a Doentes em Regime de Ambulatório (DMDRA) e Distribuição de Medicamentos a Doentes Admitidos (DMDA). O critério de distinção entre estes grupos é a admissão à instituição hospitalar. Também pressupõe que na DMDRA os medicamentos são auto-administrados, enquanto que na DMDA a administração dos mesmos é feita por um profissional de saúde.

De entre a DMDA, existem dois tipos de distribuição: Individualizada e Não Individualizada. O

que distingue estes grupos é a existência de um *stock* intermédio entre o *stock* da FH e a administração ao doente (*stock* de Serviço Clínico), ou seja, no caso das distribuições individualizadas os medicamentos são dispensados do *stock* da FH directamente para o doente, no caso das distribuições não individualizadas, os medicamentos são dispensados do *stock* da FH para o *stock* do Serviço Clínico.

Das Distribuições Individualizadas fazem parte a Distribuição de Medicamentos em Doses Unitárias (DDU) e a Distribuição Personalizada (DP). A DDU pressupõe que o doente se encontre admitido e internado, sendo o fornecimento por um período de tempo pré-estabe-

lecido (normalmente 24 horas). A Distribuição Personalizada não pressupõe o internamento do utente e não possui período de tempo pré-estabelecido (dispensas pontuais, por período de 24 horas, 2 dias, 5 dias, etc.).

Das Distribuições Não Individualizadas fazem parte a Distribuição Tradicional (DT) e a Distribuição por Reposição de Nível (DRN). O que as distingue é a existência de um nível máximo (quantidade de medicamento em *stock*) acordado entre a FH e o Serviço Clínico, no caso da DRN. A DT não pressupõe um nível máximo de medicamento em *stock*.

A DRN e a DT são tipos de distribuição efectuados após a administração do medicamento ao doente, enquanto que a DDU e

a DP são distribuições efectuadas antes da administração do medicamento ao utente.

Essencialmente, o que varia nas diferentes distribuições de medicamentos é o carácter de relacionamento entre o hospital e o utente (admitido e internado, admitido e não internado), o tempo de fornecimento (frequência do tipo de distribuição), a especificidade de entrega (serviço ou doente), existência de pontos intermédios de *stock* entre a FH e a administração do medicamento ao doente.

A Figura 5 relaciona as Dimensões da Logística com os tipos de Distribuição de Medicamentos. Nesta matriz a dimensão **Qualidade** não é entendida como qualidade do acto, mas antes como o que o acto

proporciona de simplicidade a quem vai administrar o medicamento, ou seja, o potencial de qualidade. Por exemplo, um medicamento que seja distribuído em Dose Unitária proporciona ao enfermeiro uma maior garantia em relação a trocas de medicação, quando comparado com a Distribuição por Reposição de Nível, em que o enfermeiro tem de procurar o medicamento no *stock* do Serviço Clínico. Também estão implícitas no critério de Qualidade as possíveis ineficiências ao nível de perdas com medicamentos, como por exemplo, por prazo de validade expirado.

O **Tempo** refere-se ao tempo mínimo entre dois fornecimentos com o mesmo tipo de distribuição, ou seja, a frequência com que determinado tipo de distribuição é efectuada. Na FH Alfa, a dispensa de medicamentos por DT é feita uma vez por semana, a DRN uma vez por dia, a DDU quatro vezes por dia (envio dos módulos com gavetas para os Serviços Clínicos cerca das 16h do *dia n*, e três dispensas para suprir necessidades resultantes de alterações terapêuticas às 19h, 23h do *dia n* e às 13h do *dia n+1*), e a DP e a DMDRA sempre que solicitado.

O **Custo** refere-se às despesas de mão-de-obra, embalagem, armazenamento e acondicionamento para realizar a actividade por parte da FH (despesas agregadas à FH).

Pode concluir-se que, quanto mais específica for a distribui-

Figura 5:
Matriz entre Tipos de Distribuição de Medicamentos e Dimensões da Logística

Dimensões da Logística			
Tipo de Distribuição	Tempo (frequência)	Custo	Qualidade
DDU (Dose Unitária)	+++	+++	+++
DP (Personalizada)	++++	++++	++++
DRN (Reposição de Nível)	++	++	++
DT (Tradicional)	+	++	++
DMDRA (Ambulatório)	++++	++	+++

ção (Qualidade), maior o custo associado e também maior a frequência de distribuição. Isto na perspectiva da FH, porque quanto maior for o custo para a FH menor será o custo para o Serviço, proporcionando a este último um *trade off* óptimo de custo mínimo, rapidez máxima e qualidade máxima (no caso da DP e DDU).

Para todos os Serviços Clínicos do Hospital Alfa pressupõe-se a existência de DT, DRN e DP. A DT e a DRN, para a dispensa de medicamentos de presença impreterível, e a DP, por imposições legais (Psicotrópicos, Estupefacientes, e Derivados de Plasma).

Os critérios para escolher que tipo de distribuição deve ser aplicada a determinado Serviço (excluindo a DMDRA, pois é relativa a uma fase posterior à admissão e/ou internamento), devem ser um misto da análise ABC com as particularidades do Serviço, com a especificidade do medicamento. Com a análise ABC exclusivamente, um medicamento classe C deve ser distribuído em DT; um medicamento classe B deve ser distribuído em DRN; e um medicamento classe A deve ser distribuído em Dose Unitária (DDU) ou Distribuição Personalizada de medicamentos (DP). A DDU e a DP não pressupõem a existência de um ponto de *stock* intermédio entre a FH e o acto de administrar o medicamento ao doente. Mas, como são os tipos de distribuição que acrescentam mais valor ao me-

dicamento, é pacífico que se reservem para os medicamentos da classe A.

Todavia, a classificação ABC deve ter em conta as particularidades dos Serviços. Por exemplo, um serviço com alta rotatividade de doentes e prescrições, poderá não justificar a DDU, pois o tempo a que este tipo de distribuição respeita são 24h, durante as quais o doente pode ser admitido, internado e ter alta. Assim sendo, o medicamento estará em trânsito desnecessariamente. Neste caso, a alternativa à DDU será a DP.

Em relação às particularidades do medicamento, se o medicamento for *life saving* tem lógica estar no *stock* do Serviço e não no *stock* da FH.

Assim, a escolha do tipo de distribuição deve ser feita medicamento a medicamento e Serviço a Serviço. Mas, regra geral, no Hospital Alfa, a DT é utilizada para consumíveis (Classe C); os medicamentos classe B e alguns de classe C são distribuídos por DRN, DDU e DP; os medicamentos classe A são distribuídos por DDU, DP e DRN.

Voltando ao problema em estudo: como pode o tipo de distribuição de medicamentos influenciar a diminuição de *stock* da FH e dos Serviços? Pela exposição feita, parece-nos que a pergunta já foi respondida. Primeiro, a existência de pontos de *stock* intermédios, ou medicamentos em trânsito desnecessariamente, aumentam o activo circulante. Estando a FH a funcionar 24 horas, torna-se

desnecessário a replicação de *stocks* pelos Serviços Clínicos. Depois, outra situação a evitar é possuir, para o mesmo medicamento e para o mesmo Serviço, dois tipos de distribuição de medicamentos distintos. Por exemplo, no Hospital Alfa para os serviços de Cirurgia envia-se o mesmo medicamento por DDU e DRN. Deste modo, os medicamentos enviados por DRN poderão ficar “esquecidos em armários”.

No caso do Hospital Alfa, os *stocks* dos Serviços Clínicos deveriam ser compostos por medicamentos de presença impreterível (medicamentos do carro de urgência – *life saving*) e pouco mais (medicamentos usualmente prescritos em SOS), porque estando a FH em funcionamento permanente e com acesso às prescrições efectuadas em tempo real, pode dispensar numa questão de minutos qualquer medicamento prescrito. Deste modo, os *stocks* seriam centralizados na FH. No caso de medicamentos prescritos em SOS, deveria ser criado um indicador que relacionasse o pedido do medicamento (prescrição) com o seu consumo efectivo (administração). No caso desta relação ser baixa, o medicamento deveria ser distribuído por DRN e não por DDU. Deste modo, evitarse-ia a existência de medicamentos em trânsito. Por outro lado, no caso de ruptura do *stock* do Serviço Clínico, existiria sempre a possibilidade de reposição imediata de urgência

(a FH funciona 24h). Esta reposição imediata poderia (deveria) funcionar como indicador de qualidade da quantidade de medicamentos existente no *stock* do Serviço (no caso de muitas reposições imediatas, redefinir o nível máximo de *stock*).

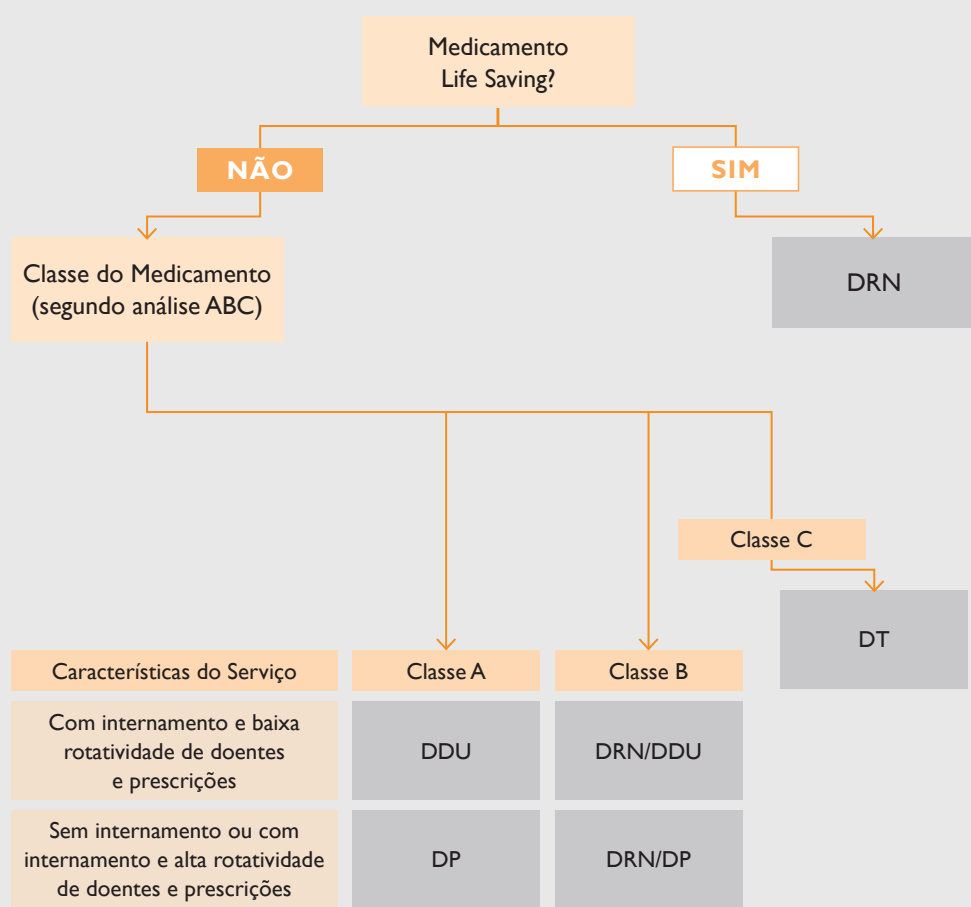
Tentando resumir tudo o que foi dito elaborou-se uma proposta de árvore de decisão (Figura 6) para a escolha do sistema de distribuição mais adequado à resolução do problema em estudo. A árvore de decisão tem em conta a importância do medicamento para a salvaguarda da vida humana, a análise ABC e as especificidades do Serviço. Deste modo, conseguir-se-á uma redução de *stock* em função do tipo de distribuição de medicamentos escolhido. No caso da possibilidade de escolha entre dois tipos de distribuição de medicamentos, deverão utilizar-se os indicadores propostos anteriormente.

Com as sugestões enunciadas, pretende-se diminuir o activo circulante respeitante a *stock* de medicamentos o mais possível, sem nunca perder a noção da qualidade prestada nem a rapidez necessária.

Para confirmar que a qualidade da distribuição de medicamentos não é afectada, deverão ser monitorizados os processos de dispensa de medicamentos através do nível de Serviço de cada um dos Tipos de Distribuição de Medicamentos. O nível de Serviço é a taxa entre o número total de requisições/pedidos satisfeitas totalmente e

Figura 6:

A árvore de decisão para o tipo de Distribuição de Medicamentos



o número total de requisições/pedidos solicitadas à FH. Este indicador fornece indicações sobre a capacidade da FH Alfa cumprir todas as solicitações que lhe são feitas e pode ser aplicado a todos os tipos de Distribuição de Medicamentos.

CONCLUSÃO

Foram apresentados diversos conceitos que podem contribuir para a **redução do activo circulante respeitante ao Stock de Medicamentos**

da FH Alfa. As sugestões situam-se em processos a montante e a jusante da FH, bem como na gestão interna de stocks da FH Alfa.

Olhar unicamente o stock da FH não resolve o problema de activo circulante da Instituição Alfa, é necessário uma visão mais abrangente, uma visão transversal a todo o circuito do medicamento, do *pipeline* logístico.

A montante da FH Alfa, o estreitamento de relações entre a FH e os fornecedores é a

resposta para a resolução do problema. A FH deve ter em conta que os fornecedores são seus aliados e, como tal, deve monitorizar se os pagamentos estão em dia, para evitar estrangulamentos nesta relação que se deseja de confiança.

No que diz respeito ao processamento, é de salientar a importância da sistematização de procedimentos na FH Alfa, bem como da importância do relacionamento entre a FH e os diferentes Serviços Clínicos.

A jusante, sugere-se uma árvore de decisão para a selecção do tipo de distribuição de medicamentos que vai de encontro à resposta do problema a nível global da organização. Mais uma vez é de salientar a importância do relacionamento entre a FH Alfa e os Serviços Clínicos, bem como a utilização de indicadores de qualidade, para que o serviço prestado pela FH ao longo do processo de mudança a que os objectivos propostos pela Administração obrigam não seja afectado negativamente.

O objectivo proposto irá originar um reajuste no *trade off* das três dimensões logísticas. Este refere-se apenas a **Custos**. Parte da FH tomar as medidas necessárias para garantir que a redução de custos com o activo circulante, respeitante a medicamentos, não afecte de modo negativo a **Qualidade** do serviço prestado pela FH nem o **Tempo** (rapidez) com que a FH o presta.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, J. C. (2004). *Negociação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- CARVALHO, J. C. (2004). *Logística*, Lisboa: Edições Sílabo.
- CARVALHO, J. C. (2004). *A Lógica da Logística*. Lisboa: Edições Sílabo.
- ZACKER, C. and MUCHA, L. (1998). «Institutional and Contingency approaches to the reprofessionalization of pharmacy». *American Journal of Health- System Pharmacy*, vol. 55, n.º 12, pp.1304-1305.

○ Impacto da Visão/Missão na Estratégia de uma Organização de Saúde

Edição N.º 1

Cultura Organizacional e Estilo de Gestão

Edição N.º 2

Análise FMEA ao Serviço das Organizações de Saúde

Edição N.º 3

Diagnóstico do Trabalho em Funções-Chave na Saúde

Edição N.º 4

Diagnóstico Organizacional – *Stream Analysis*, uma Abordagem Integradora no Sector da Saúde

Edição N.º 5

Inquérito ServQual – a Orientação para um Serviço de Qualidade

Edição N.º 6

Avaliação da Eficácia de uma Organização de Saúde

Edição N.º 7

Gerir a Mudança numa Organização de Saúde

Edição N.º 8

Dossier Temático:

Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde

Luis Monteiro, Ricardo Valente

O Impacto da Visão/Missão na Estratégia de uma Organização de Saúde

Luís Monteiro, Ricardo Valente **Autores**

Resumo

A competitividade das Organizações deriva da sua capacidade em dar resposta a quatro grandes desafios: Inovação, Qualidade, Tempo de Resposta e Custos. A resposta a estes desafios deve ser dada através da formulação da Visão e da Estratégia. A criação da Visão e da Estratégia obedece a um conjunto de dimensões que contribuem para o atingimento do sucesso desejado, mantendo altas performances ao longo do tempo.

No final deste artigo é apresentado um *case study* acerca de uma Organização de Saúde que percorreu estes passos, traçando o caminho para a definição da sua Visão.

Palavras-chave

Organização Visionária, Ideologia, Futuro Visionado, Orientação Estratégica

Title

The Impact of the Vision/Mission in the Strategy of an Health Care Organization

Abstract

Organizations must deal with four major challenges in order to succeed: innovation, quality, time to market and costs. The approach of Health Care Organizations to these challenges must be set by it's vision and core strategy. This refers the dimensions that are found in visionary companies that ensure their enduring success.

It also presents a case study of a Health Care Organization that dived into a process of redefining it's vision.

Key-Words

Visionary Organization, Ideology, Vision for the Future, Statagic Orientation

INTRODUÇÃO

A competitividade das Organizações deriva da sua capacidade em dar resposta a quatro grandes desafios (Lawler, 2000): Inovação, Qualidade, Tempo de Resposta e Custos. Nas Organizações de Saúde, o desafio da **Inovação** estende-se ao desenvolvimento de novos processos de diagnóstico e terapêutica, técnicas cirúrgicas

menos invasivas, medicamentos mais eficazes, criação de serviços para tratamento de patologias específicas (como por exemplo, uma área dedicada ao acompanhamento e apoio de doentes com necessidades especiais de subvisão para orientação em actividades do dia-a-dia, utilização de ferramentas informáticas, etc.).

Ao nível da **Qualidade**, a

exigência impõe-se em dois patamares:

- O da **Qualidade Intrínseca** ao produto e serviço que é prestado e que resulta da sua conformidade com os requisitos ou padrões pré-estabelecidos (como é o exemplo de um medicamento produzido de acordo com as normas, a utilização de material devidamente esterilizado, etc.);

- O da **Qualidade Percebida**, que consiste na avaliação que o Utente/Doente/Cliente faz de um conjunto de aspectos que estão relacionados com a sua experiência face ao serviço que lhe foi prestado e que engloba dimensões como: fiabilidade, tangibilidade, capacidade de resposta, empatia e segurança ¹.

O desafio do **Tempo de Res-**

¹ Este tema será desenvolvido na Edição N.º6, num artigo integrado no Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde, subordinado ao tema: "Inquérito ServQual – a Orientação para um Serviço de Qualidade".

posta encerra um capital de importância que se torna particularmente evidente nas Organizações de Saúde, pela íntima relação que tem com a Inovação e a Qualidade. Noutros sectores de actividade, a Inovação de produtos e serviços centra-se progressivamente em torno da criação de novas necessidades (satisfeita uma necessidade, cria-se uma necessidade secundária), a Qualidade dos produtos e serviços pode ser segmentada para diferentes tipos de Clientes (que optam por uma solução em função do seu custo/benefício). Em Saúde, a Inovação posiciona-se como uma forma de incrementar a satisfação das necessidades primárias (cuja emergência é constante, como é exemplo o recente flagelo da Gripe das Aves) e a Qualidade (sobretudo a Qualidade Intrínseca) não pode ser sujeita a uma abordagem baseada em níveis segmentados de serviço, sob pena de se pôr em causa a eficácia do processo. Por consequência, o Tempo de Resposta das Organizações de

Saúde assumir-se-á como um vector que poderá potenciar ou comprometer a Inovação e a Qualidade do serviço. A Inovação, porque sendo emergentes as necessidades da comunidade, há que ser capaz de desenvolver e introduzir novas medidas que se mostrem adequadas à resolução da satisfação.

A Qualidade, porque assumindo que, regra geral, a não satisfação das necessidades primárias da comunidade conduz ao seu perecimento, as Organizações de Saúde que não sejam capazes de responder em tempo útil à demanda estão a comprometer a Qualidade e Eficácia da sua prestação.

O desafio dos **Custos** exige que se adopte uma abordagem de optimização dos recursos, nunca descurando a Qualidade do serviço prestado (como é exemplo, a optimização da utilização dos Gabinetes de Consulta, dos Blocos Operatórios, etc.).

Nas economias mais desenvolvidas, a gestão balanceada destes quatro desafios assume-se como um factor crítico

de sucesso, na medida em que a margem de tolerância da Comunidade é progressivamente menor e o leque de alternativas crescente.

Por conseguinte, a abordagem das Organizações relativamente à Inovação, Qualidade, Tempo de Resposta e Custos deverá ser determinada, em primeiro lugar, pela sua **Visão** e Orientação Estratégica relativamente ao futuro, em segundo lugar, pela sua tradução e integração nos **Processos** Organizacionais e, por último, na materialização dessa Orientação Estratégica nos **Resultados**¹.

Um dos problemas estruturais recorrentes nas Organizações reside na ausência de uma **Visão** e Orientação Estratégica partilhadas. Essa lacuna gera a desorientação ao nível dos **Processos** internos (o que fazer, como fazer, quando fazer) e que adquire maior visibilidade no contexto dos **Resultados**. Kaplan e Norton (2005) referem que, em média, 95% dos colaboradores das empresas não conhecem ou não compreendem a sua Estratégia.

Centraremos a nossa abordagem ao longo desta edição na identificação dos elementos que compõem a Visão Estratégica das Organizações.

ORGANIZAÇÃO VISIONÁRIA

Num estudo levado a cabo em múltiplas empresas, Collins e Porras (2002) identificaram um conjunto de características comuns a Organizações com desempenhos de excelência duradouros. Estas foram apelidadas de Organizações Visionárias, na medida em que possuíam um sentido de Ideologia partilhado e uma Orientação para o futuro claramente definida (ver Figura 1).

1. IDEOLOGIA

A ideologia de uma Organização corporiza a sua identidade própria (a forma como se define perante os seus *stakeholders*) e a sua razão de existir. Representa por analogia o código genético da Organização, que foi gerado e sustentado pelos líderes que dela fizeram ou fazem parte e que desse modo cria-

Luis Monteiro

luis.filipe.monteiro@gmail.com

Licenciado em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE. Frequenta o Mestrado de Gestão de Recursos Humanos na Universidade do Minho. É consultor de empresas, tendo desenvolvido projectos na área da saúde.

He has a degree in HR Management and is now a master's candidate in Universidade do Minho. He is a HR management consultant and has been working with several companies, including Health Care Organizations.

Ricardo Valente

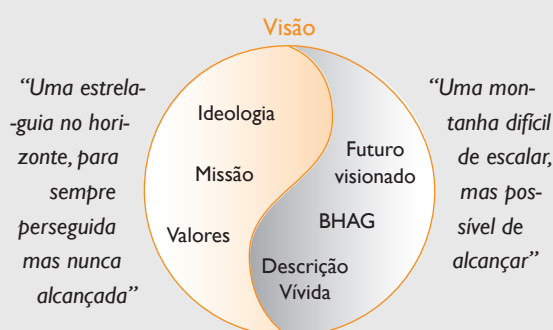
matosvalente@netcabo.pt

Licenciado em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE e consultor de empresas nas áreas do Sector Público e Sector da Saúde.

He has a degree in HR Management and is a management consultant at Public Sector agencies and Health Care.

¹ Este tema será desenvolvido na Edição N.º6, num artigo integrado no Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde, subordinado ao tema: "Inquérito ServQual – a Orientação para um Serviço de Qualidade".

Figura I:
Componentes da Visão
Adaptado de Collins e Porras (1996)



ram ou contribuíram para uma determinada forma de pensar, estar e de agir (manifestada na Cultura da Organização ²). No contexto da ideologia, os referidos autores identificaram nas Organizações Visionárias, duas dimensões fundamentais:

1.1. Missão

A Missão não é mais do que a razão de existir da Organização. Uma missão bem definida capta os ideais dos indivíduos, aquilo que os move (Collins e Porras, 1996).

Ao contrário de um objectivo que é atingido ou de uma estratégia que é cumprida, a Missão de uma Organização é orientadora de um conjunto de comportamentos e desempenhos que visam a sua prossecução. A Missão é como “uma estrela-guia no horizonte, para sempre perseguida mas nunca alcan-

çada” (Collins e Porras, 1996). O facto de a Missão nunca ser cumprida constitui um estímulo e uma inspiração para a mudança e o progresso contínuos. Uma missão claramente definida também deve ser utilizada para dar sentido e significado ao trabalho das pessoas, bem como instrumento de atracção, motivação e retenção das mais competentes.

1.2. Valores

Os valores consistem no conjunto dos princípios orientadores da Organização. Estes princípios são defendidos pelo seu valor intrínseco, não necessitando, por isso, de qualquer justificação externa e deverão ser a base de alinhamento de todos os processos de gestão das Organizações.

Assim, se um dos valores da Organização consistir na apos-

ta na Inovação, há que questionar, em que medida as decisões tomadas estão alinhadas para estimular comportamentos convergentes: se o recrutamento e selecção está a contemplar a avaliação dessa competência, se os processos de avaliação de desempenho contemplam a medição da quantidade e qualidade de iniciativas inovadoras, se os processos de trabalho criam as condições necessárias para a inovação, se existe um sistema de incentivos que a estimule, entre outros. Quanto mais forte for a ligação entre as políticas e processos da Organização e os Valores das pessoas, maior o sentido de missão (Campbell *et al.*, 1990).

2. FUTURO VISIONADO

O futuro visionado consiste na forma como uma Organização antecipa o futuro e interpreta as tendências em termos da alteração do modelo de negócio, das prioridades e expectativas dos clientes e da comunidade. Segundo Hamel e Prahalad (1994), não existe forma de criar o futuro, nem de lucrar com ele, se ninguém conseguir imaginá-lo.

Uma das características das Organizações Visionárias estudadas por Collins e Porras (2002), consiste na sua capacidade de envolver os seus colaboradores na partilha das aspirações

da Organização.

O futuro visionado subdivide-se em duas dimensões:

2.1. BHAG (Big, Hairy, Audacious Goals)

Um objectivo desta natureza possui um forte poder sobre as pessoas, na medida em que as inspira e estimula rumo ao progresso. Para isso, é imperativo que seja claro para todos, de modo a permitir focalizar esforços e reforçar o espírito de equipa.

Apesar de uma Organização poder perseguir vários BHAG em níveis mais específicos, esta deverá possuir um núcleo que cubra toda a Organização. Esse objectivo, que levará, em média, entre 10 a 30 anos a cumprir (“uma montanha difícil de escalar, mas possível de alcançar”), implica pensar para lá das actuais capacidades da Organização e das condições actuais da envolvente.

É importante que as Organizações não confundam BHAG com a Missão. A Missão é a sua razão de existir, não sendo alcançável, enquanto que os BHAG são objectivos claramente definidos e alcançáveis, embora num prazo longínquo.

2.2. Descrição Vívida

Em linha directa com o BHAG está a Descrição Vívida que não é mais do que a sua materia-

2 Este tema será desenvolvido na 3ª Edição do Ciclo de Diagnóstico e Intervenção em Organizações de Saúde, subordinado ao tema: “Liderança e Cultura”.

lização em palavras e imagens, visando a criação de um elo emocional entre o indivíduo e a Organização. A finalidade da Descrição Vívica consiste em fomentar nos indivíduos uma representação mental da emoção da concretização dos BHAG. Este estágio de desenvolvimento organizacional é nevrálgico para assegurar a criação e o enfoque numa imagem comum do futuro que se pretende alcançar (Senge, 1990).

ESTUDO DE CASO

Apresentamos um caso que tem por objectivo ilustrar a aplicação prática destes princípios na construção de uma Identidade e Visão numa Organização de Saúde, a que chamaremos Hospital “Mente Brilhante”³.

DESCRIÇÃO DO HOSPITAL “MENTE BRILHANTE”

O Hospital “Mente Brilhante” foi constituído na primeira metade do século XX, estando vocacionado para o diagnóstico e tratamento de pessoas com incapacidade mental.

Desde logo, o Hospital demarcou-se pela sua reputação ao nível da Investigação, com a produção de inúmeras inovações e descobertas científicas nos campos do diagnóstico e terapêutica médica.

Com o passar dos anos, este

traço distintivo foi-se desvanecendo, fruto de divergências de opinião nas gerações de líderes subsequentes e do aumento do volume da procura (que para dar resposta, as Administrações entenderam privilegiar o tratamento em detrimento das actividades de Investigação Científica). Estas e outras alterações fundamentais, geraram a desorientação interna, criando correntes divergentes acerca do melhor caminho a prosseguir.

Sentida a necessidade de mudança, o Hospital “Mente Brilhante” decidiu levar a cabo um processo de reflexão estratégica acerca da orientação a tomar, tendo resultado na definição de uma nova Visão.

Para isso, foi levado a cabo um Projecto de Gestão da Mudança que envolveu a constituição de equipas de trabalho e múltiplas reuniões de facilitação e *brainstorming*. A metodologia utilizada assentou num conjunto de jogos de reflexão, com vista à identificação dos elementos que representavam o entendimento das pessoas face à Visão a prosseguir.

Apresentamos de seguida o resultado da redefinição da Visão do Hospital “Mente Brilhante”.

VISÃO DO HOSPITAL “MENTE BRILHANTE”

1. IDEOLOGIA

1.1. Missão

- Ajudar pessoas com incapacidade mental a desenvolverem o seu potencial.

1.2. Valores

- Melhoria contínua;
- Ser pioneiro no domínio da Investigação Científica;
- Estimular a competência e criatividade individuais.

2. FUTURO VISIONADO

2.1. BHAG ((Big, Hairy, Audacious Goals)

- Alcançar notoriedade internacional no domínio do tratamento de pessoas com incapacidade mental;
- Ser a primeira ou segunda escolha para o tratamento da incapacidade mental, a nível internacional.

2.2. Descrição Vívica

- Ser considerado pela OMS um Hospital de referência no tratamento de pessoas com incapacidade mental;
- Conseguir que pessoas com incapacidade mental se destaquem em domínios tão diversos como a arte, a ciência e o desporto.

Se a construção da Visão e Orientação Estratégica de uma Organização constitui um passo fulcral na afirmação da sua identidade, não é suficiente para assegurar os Resultados pretendidos.

Para isso, é necessário que actue de forma coerente ao ní-

vel da organização e gestão dos seus Processos Organizacionais, promovendo e estimulando os comportamentos e desempenhos adequados para fazer cumprir a sua Visão.

Os próximos artigos deste Ciclo de Diagnóstico e Intervenção abordarão a componente dos Processos Organizacionais e o modo como estes se devem articular com a Visão e Estratégia das Organizações de Saúde.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPBELL, A. et al. (1990). *A Sense of Mission*. Economist Books/ Hutchinson.
- COLLINS, J. and PORRAS, J. (2002). *Built to Last*. New York: Harper Collins Publishers Inc.
- COLLINS, J. and PORRAS, J. (1996). «Building your Company's Vision». *Harvard Business Review*, September/October.
- HAMEL, G. and PRAHALAD, C. K. (1994). *Competing for the Future*. Boston: HBS Press.
- KAPLAN, R. and NORTON, D. (2005). «The Office of Strategy Management» *Harvard Business Review*, October.
- LAWLER, E. (2000). *Rewarding Excellence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SENGE, P. (1990). *The Fifth Discipline*. New York: Doubleday Currency.

³ O caso apresentado foi desenvolvido no contexto de um Projecto de Investigação conduzido e liderado pelos autores do presente artigo.

Dimensões de Análise da Competitividade Hospitalar em Portugal

Vasco Eiriz, Natália Barbosa, José Figueiredo **Autores**

Resumo

Este artigo propõe um modelo conceptual de análise da competitividade hospitalar constituído por três dimensões. Partindo do conceito de competitividade hospitalar como a capacidade que um hospital tem em desenvolver um desempenho positivo, satisfatório e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva em relação aos restantes hospitais, sugere que cada hospital recorra à análise da sua organização, comportamento e desempenho para aferir o seu nível de competitividade. Para estas dimensões são sugeridas as seguintes subdimensões: personalidade jurídica, complexidade organizacional e capacidade para a dimensão organização; grupos de interesse, oferta de serviços e relações interorganizacionais para a dimensão comportamento; e tipos de indicadores, custos e *benchmarking* para a dimensão desempenho. O artigo procede ainda a um breve diagnóstico do sector hospitalar público português recorrendo de forma implícita a algumas das dimensões propostas e termina sugerindo pistas de investigação que permitam validar e enriquecer o modelo proposto.

Palavras-chave

Competitividade, Organização, Comportamento, Desempenho, Hospital.

Title

Dimensions for Analysis of Hospital Competitiveness in Portugal

Abstract

This article proposes a conceptual model to analyse the hospital competitiveness comprising three dimensions. Assuming competitiveness as the capacity an hospital has to develop a positive, satisfactory, and superior performance that leads it to a position of competitive advantage, it proposes that each hospital should analyse its organization, strategic behaviour and performance. For these dimensions it is suggested the following sub-dimensions: legal status, organizational complexity, and capacity for the organization dimension; stakeholders, services and interorganizational relationships for the strategic behaviour dimension; and type of indicators, costs, and benchmarking for the performance dimension. The article briefly describes the portuguese public hospital sector using implicitly some of the proposed dimensions and finishes suggesting research directions to validate and enrich the proposed model.

Key-Words

Competitiveness, Organization, Strategic Behaviour, Performance, Hospital.

INTRODUÇÃO

O sector da saúde está em crescimento e transformação. A despesa crescente em saúde e a necessidade de reestruturação têm sobretudo a ver com a forma como os prestadores de serviços de saúde

respondem a mudanças externas, entre outras, na procura, financiamento e tecnologia, e até que ponto as suas respostas requerem formas de organização inovadoras e estratégias distintas com vista a prestar serviços de saúde com maior eficácia e

eficiência, sem comprometer o seu desempenho.

As características do sector da saúde, com tantos e variados operadores – hospitais, profissionais de saúde, companhias de seguros, centros de saúde, clínicas, entre outros – reque-

rem análises cuidadosas de cada um dos seus subsectores.

O subsector hospitalar constitui-se como um laboratório útil para comparar o comportamento e desempenho de entidades com diferentes formas de organização. Ao contrário

de outros sectores, nos países desenvolvidos as organizações lucrativas constituem uma minoria dos hospitais. Além disso, a maioria dos hospitais não está inserida em sistemas orientados para o mercado, razão pela qual a escolha da forma de organização pode ser ainda mais importante para o desempenho. No caso de Portugal, o sector é predominantemente constituído por hospitais públicos, mas com diferentes formas de organização. Apesar dos hospitais públicos portugueses não possuírem poder para estabelecer preços para os serviços de saúde, eles possuem margem de escolha em muitas outras decisões de gestão.

Este artigo sugere que se avalie a relação entre modelos de organização hospitalar, comportamento e desempenho dos hospitais portugueses. O seu principal objectivo é propor um modelo exploratório para compreender as três dimensões da competitividade hospitalar. O artigo começa por efectuar uma revisão de alguns

estudos sobre competitividade hospitalar (Ponto 1). De seguida propõe um modelo exploratório para analisar a competitividade dos hospitais portugueses (Ponto 2) e descreve as principais características dos hospitais públicos portugueses (Ponto 3). O artigo termina com algumas considerações finais sobre o interesse e implicações do modelo proposto e sugere trabalhos de investigação que permitam melhorar e testar empiricamente o modelo, tornando-o mais robusto e explicativo (Ponto 4).

1. ESTUDOS PRÉVIOS

No caso dos hospitais públicos, o desempenho é fortemente condicionado por múltiplos factores não-preço, incluindo factores associados ao seu modelo organizacional de gestão. Existem vários estudos sobre o papel que diferentes tipos de propriedade possuem sobre vários indicadores de desempenho. Por exemplo, Shen (2002) examinou o efeito do tipo de propriedade nos resultados de saúde dos pacientes, bem como

o efeito da mudança de propriedade no desempenho hospitalar (Shen, 2003), enquanto que Sloan *et al.* (2001) avaliou o efeito da propriedade hospitalar nos custos e qualidade dos cuidados de saúde.

Em contrapartida, são mais raros os estudos que se centram em formas de organização alternativas para hospitais com a mesma propriedade. Bazzolli *et al.* (1999) e Dubbs *et al.* (2004) definiram três dimensões de análise (diferenciação, integração e centralização) das organizações de saúde e propuseram uma taxonomia sobre sistemas e redes de saúde, tendo concluído haver implicações da taxonomia proposta para as iniciativas de melhoria da qualidade, redução de erros médicos e, entre outros aspectos, gestão do conhecimento no seio e entre diferentes organizações.

No contexto do sistema de saúde dos Estados Unidos da América, geralmente reconhecido como o país que levou mais longe a aplicação dos princípios de livre mercado ao sector da saúde, Porter e Teisberg (2004)

sugeriram que as reformas que o sistema sofreu ao longo dos anos passou por três fases distintas. Na primeira fase, o objectivo dos operadores era reduzir ou evitar os custos. Posteriormente, foi colocada a ênfase no aumento da escolha e na melhoria da qualidade. Finalmente, os autores advogaram a necessidade duma nova fase em que o sistema de saúde se deveria preocupar com a criação de valor, sugerindo, entre outras medidas, a eliminação das restrições à rivalidade e à escolha, tornar a informação acessível, fomentar a utilização de preços transparentes e a simplificação da facturação.

No âmbito das reestruturações hospitalares, Flint (2003) avaliou o efeito de um programa de "downsizing" nos hospitais públicos de Toronto e admite que o resultado se traduziu por um sistema hospitalar mais caro e menos eficaz, enquanto Vita e Sacher (2001) concluíram que a seguir a uma fusão de dois hospitais americanos pertencentes a um mercado composto por três hospitais se verificou um aumen-

Vasco Eiriz

veiriz@eeg.uminho.pt

Professor do Departamento de Gestão, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho. Doutoramento em Management pela University of Manchester, Reino Unido. He is professor at the Department of Management, School of Economics and Management, University of Minho, Portugal. His Ph.D. is in Management from the University of Manchester, United Kingdom.

Natália Barbosa

natbar@eeg.uminho.pt

Professora do Departamento de Economia, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho. Doutorada em Economia pela University of Manchester, Reino Unido. She is professor at the Department of Economics, School of Economics and Management, University of Minho, Portugal. Her Ph.D. is in Economics from the University of Manchester, United Kingdom.

José Figueiredo

jose.figueiredo@esgs.pt

Assistente da Escola Superior de Gestão, do Instituto Politécnico de Santarém, Portugal. Doutorando em Ciências Empresariais no Departamento de Gestão, Escola de Economia e Gestão, da Universidade do Minho, Portugal.

He is lecturer at the Instituto Politécnico de Santarém, Portugal. He is a Ph.D. student in management at the University of Minho, Portugal.

to significativo dos preços. Em Portugal, as pesquisas sobre a competitividade hospitalar são ainda mais escassas. Barros (2003) recorreu à distribuição das probabilidades de sobrevivência dos pacientes como indicador de desempenho, comparou um hospital de gestão privada com um hospital de gestão pública e concluiu que o hospital com gestão privada teve melhor desempenho. Noutro estudo mais recente da Direcção-Geral da Saúde (Giraldes *et al.*, 2005: 65) sobre avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) com hospitais classificados como Entidades Públicas Empresariais (EPE) concluiu-se que, com “apenas algumas exceções, não são os hospitais EPE que são os mais eficientes”. Relativamente à empresariação dos hospitais, uma outra Comissão do Ministério da Saúde apresentou uma análise com-

parativa entre hospitais do SPA e hospitais transformados em EPE para as dimensões acesso, qualidade, produção, custos e eficiência (Comissão para Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, 2006). Para cada uma destas dimensões foram utilizados diferentes indicadores com resultados diversos. Na nossa interpretação dos resultados alcançados não é possível afirmar que os hospitais de um dos modelos apresentam um desempenho global inequivocamente superior ao desempenho dos hospitais do outro modelo.

2. COMPETITIVIDADE HOSPITALAR

O enquadramento conceptual proposto para compreender a competitividade hospitalar inclui três dimensões de análise do sector hospitalar: organização, comportamento e desempenho. Trata-se de um modelo inspirado no debate clássico da literatura em estratégia sobre a

relação entre estratégia e estrutura (Chandler, 1962, Mintzberg, 1990, Amburgey e Dacin, 1994), mas que se distingue por incorporar o desempenho como uma dimensão de análise com existência própria. Propositadamente, na medida em que o modelo se assume como exploratório, a Figura 1 admite todo o tipo de relações de causalidade entre as dimensões propostas.

A competitividade hospitalar é um conceito que suscita vários equívocos e se confunde habitualmente com conceitos como, por exemplo, desempenho, concorrência e equilíbrio. Genericamente, pode afirmar-se que a competitividade hospitalar é a capacidade que um hospital tem em desenvolver um desempenho positivo, satisfatório e superior que lhe confira uma posição de vantagem competitiva em relação aos restantes hospitais. Além do conceito de desempenho, surgem nesta definição de forma mais ou menos explícita, os conceitos de organização e comportamento.

O conceito de **organização** surge implicitamente na existência da entidade hospitalar. A organização refere-se aos diferentes modelos de organização que um hospital pode adoptar. Dependendo das opções em termos de organização, importa considerar a existência de diferentes tipos de hospitais.

Por **comportamento** hospitalar referimo-nos às opções estratégicas, decisões táticas e decisões operacionais tomadas por cada hospital, com vista a alcançar resultados de

desempenho que lhe conferam algum tipo de vantagem. Quando o comportamento tende a acentuar a rivalidade entre organizações, tende-se inadvertidamente a confundir os conceitos de competitividade e concorrência. A melhor forma de evitar este equívoco é considerar que as relações entre organizações podem ser categorizadas em diferentes tipos de concorrência (Araujo e Easton, 1992) que vão desde a rivalidade (um comportamento que popularmente se confunde com concorrência) a outros tipos de concorrência porventura menos conhecidos, mas que consideramos relevantes para compreender o comportamento hospitalar: conflito, coexistência, cooperação e conluio.

O **desempenho** de um hospital diz respeito às medidas de eficiência e eficácia de cada hospital, sendo que existem múltiplos indicadores e formas de medir o desempenho. A vantagem competitiva ocorre quando um hospital exhibe de forma sustentada e duradoura indicadores de desempenho superiores a outros hospitais. Noutras situações, um hospital pode encontrar-se em desvantagem ou paridade competitiva. A paridade competitiva ocorre quando os resultados de desempenho dos diferentes hospitais são de tal forma idênticos que é legítimo dizer-se haver equilíbrio.

Analise-se de forma mais detalhada e completa cada uma das dimensões propostas. Para cada uma das três dimensões, a Figura 2 identifica três subdimensões. A **personalidade jurídica**

Figura 1:
Competitividade hospitalar



dos hospitais portugueses é das dimensões que tem merecido maior atenção por parte dos decisores públicos portugueses. Tradicionalmente, todos os hospitais públicos estavam integrados no SPA, mas em 2002, 34 hospitais foram transformados em 31 Sociedades Anónimas de Capitais Públicos. Posteriormente, em 2005, a personalidade jurídica destes hospitais foi alterada para EPE. Além destes modelos, há a assinalar a criação de parcerias público-privado para a construção e gestão de novos hospitais e um “*contact center*” da saúde (Ribeiro, 2004).

A **complexidade organizacional** de um hospital refere-se à dispersão territorial, grau de diferenciação vertical e grau de diferenciação horizontal desse hospital (Lawrence e Lorsch, 1967, Freire, 1997). Assim sendo, um hospital será tanto mais complexo quanto maior for o número de unidades territoriais que possui. Por diferenciação vertical de um hospital referimo-nos ao seu número de níveis hierárquicos, enquanto na diferenciação horizontal está em causa o nível de especialização das funções. Desta forma, quanto maior o número de níveis hierárquicos de um hospital ou quanto maior a especialização das suas funções, maior será a sua complexidade. À medida que uma organização cresce em dimensão, ela tende a aumentar o seu grau de diferenciação horizontal e vertical, processo que dificulta e acentua a necessidade de integração de funções e níveis hierárquicos. A **capacidade** instalada de

um hospital pode ser calculada através de diferentes indicadores. Entre os mais comuns destacam-se o número de camas, o número de médicos e o número de enfermeiros. A capacidade instalada pode também ser aferida por indicadores como, por exemplo, o equipamento disponível e seu potencial de produção e número de consultas ou número de cirurgias possível de realizar por ano. Além da capacidade instalada, importa considerar a capacidade utilizada, no fundo um indicador de maximização e eficiência na utilização dos recursos.

Os **grupos de interesse** são indivíduos ou grupos de indivíduos que possuem interesse na forma como uma organização desenvolve as suas actividades. Neste sentido, numa lógica comportamental que é natural em qualquer organização, cada grupo e/ou indivíduo exerce, directa ou indirectamente, influência sobre uma organização procurando que no limite as opções dessa organização reflectam os seus interesses pessoais e/ou de grupo. Ao procurar gerir e conciliar diferentes interesses e expectativas e ao integrar essas características típicas do comportamento político na sua cultura organizacional, a organização vai gerando estratégias mais ou menos emergentes (Eiriz, 1996).

No caso do sistema de saúde, Eiriz e Figueiredo (2004) identificaram quatro grupos de interesse – proprietários (Estado ou outra entidade pública, entidades privadas); pessoal de saúde (médicos, enfermeiros, administra-

dores hospitalares, outro pessoal técnico e não-técnico); fornecedores (indústria farmacêutica, fornecedores de equipamento, outros fornecedores); e clientes/utentes (pacientes, familiares e amigos) – e propuseram uma abordagem genérica à avaliação da qualidade dos serviços de saúde que reflecta as expectativas e percepções de todos estes grupos. No enquadramento proposto foram identificados quatro itens de qualidade – desempenho financeiro, funcionalidade logística, orientação do serviço para o cliente e competência técnica e profissional do pessoal – que possuem uma relevância distinta consoante o grupo de interesse em questão.

Na **oferta de serviços** de saúde de um hospital importa analisar detalhadamente e compreender individualmente cada um dos serviços e a forma como eles se articulam entre si na carteira de serviços do

hospital. Tratando-se de serviços de saúde, deve atender-se que, pela natureza e processos envolvidos na sua prestação e no seu consumo, são serviços genericamente caracterizados por uma elevada complexidade, ambiguidade e heterogeneidade (Eiriz e Figueiredo, 2005). São complexos, porque envolvem um conhecimento técnico que não está ao alcance de qualquer consumidor. Neste sentido, são também ambíguos porque o ser humano enquanto objecto do serviço não é uma entidade facilmente compreensível na sua dimensão biológica e noutras dimensões do seu corpo, razão que torna mais ambígua a configuração da oferta e da procura dos serviços de saúde. Finalmente, são bastante heterogêneos, porque se repartem por inúmeras especialidades e tipos de serviços.

Em termos gerais, a oferta de um hospital pode ser muito di-

Figura 2:

Dimensões de análise da competitividade hospitalar



versificada (no limite, um hospital pode disponibilizar todos os tipos de serviços de saúde) ou especializada. É de crer que as ofertas diversificadas predominem nos hospitais gerais (mais nos hospitais centrais do que nos distritais), enquanto que os hospitais especializados, como a sua própria designação sugere, especializam-se num número restrito e complementar de serviços em torno duma especialidade ou conjunto de especialidades como, por exemplo, hospitais-maternidade ou hospitais de doenças mentais.

As **relações interorganizacionais** entre hospitais incluem diferentes formas de relacionamento. No limite, o aprofundamento destas relações entre diferentes unidades pode levar à integração dessas unidades num único hospital. Na medida em que não é possível nem desejável todos os hospitais possuírem uma oferta completa e universal dos serviços de saúde para todo o território, então é legítimo que a rede hospitalar procure instituir a complementaridade de serviços e territórios entre diferentes hospitais, havendo aqui um incentivo à cooperação hospitalar.

Além das relações interorganizacionais entre hospitais, é importante ponderar o papel das relações entre hospitais e outras organizações. Entre essas organizações destacamos o papel de outros prestadores de serviços de saúde, nomeadamente a rede de cuidados de saúde primários constituída pelos centros de saúde ou a rede de prestadores de servi-

ços de saúde continuados. De facto, cada vez mais é reconhecido que o desempenho de um hospital depende, por exemplo, da complementaridade na prestação de serviços conseguida com os centros de saúde instalados no território da sua cobertura. É por isso legítimo considerar a formação de pequenas colectividades de prestadores de serviços de saúde, eventualmente formada em torno de um hospital, que actuam cooperativamente e de forma articulada numa lógica de complementaridade de serviços e optimização na afectação e utilização de recursos.

Além dos centros de saúde, podem também identificar-se outras entidades com as quais os hospitais estabelecem relações tanto de natureza comercial como relações baseadas noutros tipos de vínculos. A título exemplificativo, destacamos fornecedores de medicamentos, fornecedores de equipamento médico, fornecedores de serviços diversos de apoio ao hospital (por exemplo, segurança, limpeza, lavandaria, refeições), instituições de ensino superior, autarquias e associações não-governamentais. A tendência crescente dos hospitais externalizarem funções de apoio ou funções consideradas não críticas através da privatização de alguns dos seus serviços e/ou da sua subcontratação, tende, aliás, a acentuar a importância das relações estabelecidas entre os hospitais e estes fornecedores. No seio destas redes interorganizacionais, cada hospital construirá e ocupará uma deter-

minada posição. Neste âmbito, devemos distinguir entre micro-posição e macro-posição (Mattsson, 1985, Mattsson e Johansson, 1992). A micro-posição é a posição que um hospital ocupa no seio duma rede composta por entidades com as quais mantém uma relação directa. A macro-posição é a posição que o hospital ocupa no seio da rede composta por todas as entidades consideradas no sistema de saúde. A estratégia e futuro do hospital dependerá largamente da forma como a sua micro e macro-posição sejam geridas.

O desempenho de uma organização pode ser avaliada através de vários **tipos de indicadores**. Dependendo da natureza dos dados empregues, estes indicadores podem ser quantitativos ou qualitativos. Podem ainda ser classificados como objectivos ou subjectivos e recorrer ao uso de medidas em termos absolutos ou em termos relativos.

Ao contrário dos indicadores qualitativos, os indicadores quantitativos têm uma tradução numérica. Por exemplo, a satisfação de um consumidor pode ser avaliada qualitativamente com base numa narrativa de uma experiência de consumo ou através duma escala em que ele quantifica a sua satisfação.

Um indicador subjectivo resulta da percepção existente por parte dos gestores ou outros indivíduos relativamente ao desempenho, enquanto que um indicador objectivo, ainda que possa ser sujeito a diferentes interpretações, se baseia numa medida inequívoca. Por exemplo, a dimensão dum hospital

pode ser medida subjectivamente por um gestor como sendo grande, média ou pequena, ou pode ser medida objectivamente, por exemplo, através do número de camas.

Ao contrário das medidas de desempenho absolutas, as medidas de desempenho relativas implicam comparação entre organizações. Por exemplo, o número de internamentos de um hospital é uma medida absoluta, enquanto a percentagem de internamentos desse hospital em relação ao total de internamentos do conjunto dos hospitais é uma medida relativa.

Os **custos** de um hospital incluem várias rubricas, sendo de destacar os custos com recursos humanos, custos com aquisição de materiais de consumo clínico (medicamentos e outros produtos) e aquisição de serviços externos (água, electricidade, telefone e contratação de serviços diversos). Também os investimentos em equipamento médico e outros imobilizados geram amortizações que podem ter uma maior ou menor importância na estrutura de custos de um hospital.

O **benchmarking** consiste num processo de comparação sistemática de indicadores e fontes de desempenho. Existem quatro diferentes tipos de comparações que podem ser feitas (Tomlinson, 1998): comparações internas, comparações com rivais, comparações funcionais e comparações genéricas.

As comparações internas podem ser efectuadas entre diferentes unidades da mesma organização ou através de análise

da evolução do desempenho ao longo do tempo. As comparações no tempo envolvem a análise histórica do desempenho de um hospital, procurando identificar os indicadores que melhoraram e pioraram com o tempo e as causas dessa evolução favorável ou desfavorável. A comparação com rivais envolve o confronto com outras organizações que desenvolvem a mesma actividade. Nesta situação, está em causa a comparação entre diferentes hospitais. No que diz respeito à comparação com a média do sector é possível compreender os aspectos em que, em média, o hospital possui desempenhos superiores e inferiores à prática do sector. No caso da comparação com os líderes, é possível identificar os aspectos que distinguem os hospitais que sustentadamente possuem os melhores indicadores de desempenho e as causas dessa liderança.

No caso das comparações funcionais, o objecto de análise são as funções exercidas, podendo existir funções similares em diferentes organizações. Por exemplo, uma clínica e um hospital possuem algumas funções e actividades idênticas que merecem ser comparadas.

Finalmente, no caso das comparações genéricas é possível efectuar a comparação entre processos de organizações e funções distintas, mas que envolvam algum tipo de aprendizagem na melhoria dos processos. Por exemplo, se um hospital pretender criar canais de acesso diferenciados que envolvam diferentes formas

de contacto entre clientes e o hospital, poderá fazer sentido analisar as práticas instituídas com o mesmo fim por parte de alguns bancos, importar e adaptar as práticas que melhorem o desempenho hospitalar.

Partindo deste enquadramento, a secção seguinte recorre a dados secundários, explora e descreve genericamente algumas das características do sector hospitalar público português.

3. HOSPITAIS PÚBLICOS EM PORTUGAL

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2005), no Continente existiam, no final de 2004, 92 hospitais, classificados da seguinte forma: 35 hospitais centrais (14 dos quais gerais e 21 especializados) e 57 hospitais distritais (dos quais 36 gerais e 21 de nível I). A capacidade instalada destes 92 hospitais era de 25.832 camas. Em média, cada hospital possuía aproximadamente 281 camas, sendo, contudo, de assinalar uma amplitude entre aproximadamente 50 e 1.500 camas. No total, estes hospitais empregavam 16.121 médicos, 29.304 enfermeiros e 45.739 profissionais diversos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), do total da capacidade instalada no sistema de saúde português aferida pelo número de camas, aproximadamente 74% pertencem à rede pública, outros 3% são também camas públicas mas afectos a fins específicos (nomeadamente, estabelecimentos militares, paramilitares e prisionais) e 23% são pertença de estabelecimentos privados. De entre

as camas privadas, 79% pertencem ao sector privado sem fins lucrativos e 21% ao sector privado com fins lucrativos. Em resumo, do número total de camas, só aproximadamente 4,8% pertencem ao sector privado com fins lucrativos, enquanto as restantes estão integradas em redes públicas (77%) e privadas não lucrativas (18,2%).

Os serviços de saúde prestados pelos hospitais podem ser categorizados da seguinte forma (Direcção-Geral da Saúde, 2005): internamento, consultas externas, urgências, intervenções cirúrgicas, partos realizados e hospital de dia. No caso dos internamentos, estes podem ser subdivididos em internamento por especialidades cirúrgicas e internamento por especialidades médicas, classificação também aplicável às consultas externas. Para cada serviço são, naturalmente, muito variados os indicadores da oferta realizada e respectivos desempenhos. Por exemplo, em termos de internamento é possível saber que a sua duração média foi, em 2004, de 7,8 dias, ainda que nos hospitais centrais especializados a duração média (12,1 dias) tenha sido muito superior à dos hospitais distritais gerais (6,8 dias). Noutra exemplo, assinala-se que a capacidade instalada em termos do número de salas para consultas externas era de 3.364 e o número de salas para intervenções cirúrgicas era de 508 (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

As urgências podem ser classificadas em função do destino dos doentes observados, sendo de assinalar os seguintes destinos:

internamento no próprio hospital, transferência para outro hospital, enviados para o domicílio e outros/ignorados. Do total das 6,21 milhões de urgências realizadas em 2004, 5,45 milhões (87,8%) tiveram o domicílio como destino, 0,55 milhões (8,9%) foram internados no próprio hospital, 0,19 milhões (3,1%) foram transferidos para outros hospitais e os restantes 0,2% tiveram outros destinos.

As intervenções cirúrgicas realizadas podem ser classificadas, por exemplo, em função do critério do seu planeamento em intervenções programadas ou intervenções de urgência. Das 504.543 intervenções realizadas em 2004, 395.345 (78,4%) foram programadas e as restantes 109.198 (31,6%) foram realizadas de urgência. Em 2004, realizaram-se 92.238 partos nas 152 salas existentes para o efeito nos hospitais públicos, indicando um número médio de partos/ano por sala de 606,8 e um número médio de 252,7 partos por dia. Relativamente ao hospital de dia, a Direcção-Geral da Saúde recorre à seguinte classificação: hemodiálise, quimioterapia, psicoterapia e outros.

Dependendo do indicador utilizado (número de camas, médicos, enfermeiros, consultas), a capacidade instalada das 31 EPE representam entre 45 e 51% do total da capacidade dos 92 hospitais da rede pública. Em termos geográficos, estas 31 entidades repartem-se do seguinte modo: Lisboa e Vale do Tejo (11), Norte (11), Centro (7), Alentejo (1) e Algarve (1). Em termos de organização da rede hospitalar des-

tas 31 entidades, há a assinalar os seguintes casos que se distinguem por integrarem unidades geograficamente dispersas no seio da mesma entidade: Centro Hospitalar de Lisboa (Hospital de São José, Hospital dos Capuchos e Hospital do Desterro), Centro Hospitalar do Médio Tejo (Abrantes, Tomar e Torres Novas), Grupo Hospitalar do Alto Minho (Viana do Castelo e Ponte de Lima), Centro Hospitalar de Vila Real e Peso da Régua, Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã e Fundão), Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja e Serpa) e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Recentemente, o Governo decidiu transformar os Hospitais de Santa Maria (Lisboa) e de São João (Porto) em EPE e integrar as seguintes unidades hospitalares dispersas geograficamente: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospital de Santa Cruz, Hospital de Egas Moniz e Hospital de São Francisco Xavier), Centro Hospitalar de Setúbal (Hospital de São Bernardo e Hospital Ortopédico de Santiago do Cacém) e Centro Hospitalar do Nordeste (Hospital Distrital de Bragança, Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros e Hospital Distrital de Mirandela).

Em termos de complexidade, importa considerar a classificação dos hospitais como centrais e distritais. Os hospitais centrais podem ser gerais ou especializados e os hospitais distritais podem ser gerais ou de nível I. Nesta classificação são utilizados critérios diversos, incluindo a hierarquização

e número de valências (Direção-Geral da Saúde, 2003). Relativamente à empresarialização dos hospitais, há indícios na política governamental de que a experiência de criação de EPE será progressivamente aplicada a outros hospitais do SPA.

No diagnóstico do sector hospitalar, Ribeiro (2004) assinala os seguintes principais problemas:

- i) reduzido nível de serviço (por exemplo, tempos de espera e qualidade de atendimento);
- ii) desmotivação dos profissionais;
- iii) dificuldades de acessibilidade (por exemplo, listas de espera, inexistência de canais alternativos de acesso);
- iv) falta de eficiência na gestão (por exemplo, espiral de custos; inexistência de planeamento).

Procurando imprimir uma maior dinâmica, ganhos de eficiência e qualidade e acesso aos serviços de saúde, nos últimos anos têm sido levadas a cabo iniciativas diversas entre as quais salientamos a publicação de *rankings* de hospitais, publicitação das suas contas e a necessidade de cada hospital desenvolver planos de actividades ou iniciativas diversas de melhoria da qualidade dos serviços, incluindo normalização e acreditação internacional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo propõe um modelo de análise da competitividade hospitalar. É um modelo que procura compreender, em primeiro lugar, a competitividade ao nível organizacional, tendo identificado a organização,

comportamento e desempenho como dimensões de análise da competitividade de cada hospital. Propositadamente, o modelo considera de forma exploratória uma relação biunívoca entre estas dimensões, assumindo, portanto, que é possível encontrar diferentes relações de causa-efeito entre as três dimensões.

O modelo parece-nos particularmente interessante para aplicação ao sector hospitalar público português, sendo de interesse para gestores hospitalares e decisores públicos. Apesar de estarmos perante organizações do sector público, de entre os 92 hospitais que compõem o sector, 31 dos maiores hospitais (aproximadamente 45% da capacidade instalada do sector) adoptaram um modelo organizacional que, sem alterar a propriedade pública desses hospitais, torna a sua gestão mais flexível e próxima de modelos de gestão privada.

Apesar de não existir evidência empírica que sustente de forma inequívoca que o modelo de empresarialização aplicado aos hospitais produz melhores resultados de desempenho, há uma crença generalizada entre os gestores e decisores públicos de que esta mudança gera benefícios. Tanto assim é que no âmbito das políticas públicas para o sector se pondera a conversão de outros hospitais em EPE. Em todo o caso, não está suficientemente estudado o impacto daquela mudança no desempenho hospitalar. São ainda insuficientes os estudos que analisam de que modo outras

formas de empresarialização dos hospitais portugueses (por exemplo, a criação de parcerias público-privado) tem gerado ou poderá induzir melhorias de desempenho nos hospitais.

Por outro lado, a aplicação de novos modelos de organização, pela flexibilidade de gestão introduzida, tem contribuído para alargar o leque de opções estratégicas que cada hospital pode seguir. Por isso mesmo, cada hospital tem que elaborar um plano de negócios que contemple e justifique as suas opções de futuro. Ou seja, não obstante a coordenação da rede hospitalar por parte do Ministério da Saúde poder gerar comportamentos miméticos na estratégia hospitalar, é de crer que as mudanças implementadas, desde logo por implicarem níveis acrescidos de rivalidade inter-hospitalar, gerem comportamentos que se traduzam em opções estratégicas mais diversas das que existiam anteriormente. Estão, contudo, ainda por estudar as mudanças comportamentais e da estratégia dos hospitais e qual a importância destas mudanças para a sua própria organização e desempenho.

Neste sentido, a competitividade dos hospitais públicos portugueses, qualquer que sejam os seus modelos de organização, comportamento estratégico e desempenho, merece ser analisada recorrendo às nove subdimensões propostas neste artigo. O modelo de análise proposto fornece um enquadramento original para analisar os factores de competitividade hospitalar, per-

mite comparar formas de organização inovadoras com as formas de organização clássicas, ajuda a compreender o comportamento de cada hospital e facilita a avaliação do desempenho hospitalar.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

- AMBURGEY, T. L. and DACIN, T. (1994). «As the Left Foot Follows the Right? The Dynamics of Strategic and Structural Change». *Academy of Management Journal*, vol. 37, n.º 6 (December), pp. 1427-1452.
- ARAUJO, L. and EASTON, G. (1992). «Non-economic Exchange in Industrial Networks», In B. Axelsson e G. Easton (eds.), *Industrial Networks: A New View of Reality*. London: Routledge, pp. 62-88.
- BARROS, P. PITA (2003). «Random Output and Hospital Performance». *Health Care Management Science*, vol. 6, pp. 219-227.
- BAZZOLI, G. J., SHORTELL, S. M., DUBBS, N., CHAN, C. and KRALOVEC, P. (1999). «A Taxonomy of Health Networks and Systems: Bringing Order Out of Chaos». *Health Services Research*, vol. 33, n.º 6, pp. 1683-1717.
- CHANDLER, A. D. (1962). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise*. Cambridge: MIT Press, MA.
- COMISSÃO PARA AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS SOCIEDADE ANÓNIMA (2006). *Resultado da Avaliação dos Hospitais SA: Síntese dos Resultados*. (26 de Janeiro).
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003). *Elementos Estatísticos: Informação Geral Saúde 2000*. (Junho), Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005). *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS 2004*. (Novembro), Lisboa.
- DUBBS, N. L., BAZZOLI, G. J., SHORTELL, S. M. and KRALOVEC, P. (2004). «Re-examining Organizational Configurations: An Update, Validation, and Expansion of the Taxonomy of Health Networks and Systems». *Health Services Research*, vol. 39, n.º 1, pp. 207-220.
- EIRIZ, V. (1996). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos – Uma Perspectiva Cultural e Política*. Série Documentos de Trabalho DT n.º 8/96 – GAP, Centro de Estudos em Economia e Gestão, Universidade do Minho, Braga.
- EIRIZ, V. e FIGUEIREDO, J. (2005). «Quality Evaluation in Healthcare Services Based on the Customer-provider Relationship». *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 18, n.º 6, pp. 404-412.
- EIRIZ, V. e FIGUEIREDO, J. (2004). «Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde». *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, vol. 3, n.º 4 (Outubro-Dezembro), pp. 20-28.
- FLINT, D. H. (2003). «Downsizing in the Public Sector: Metro-Toronto's Hospitals». *Journal of Health Organization and Management*, vol. 17, n.º 6, pp. 438-456.
- FREIRE, A. (1997). *Estratégia: Sucesso em Portugal*. Lisboa: Verbo.
- GIRALDES, M. R., OLIVEIRA, L., CARVALHO, P. M. e MARTINS, T. A. (2005). *Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais EPE e SPA*. Grupo de Trabalho sobre Indicadores de Monitorização de Hospitais, Hospitais SA e Centros de Saúde Numa Perspectiva de Melhoria de Gestão, Direcção-Geral da Saúde. (Setembro).
- LAWRENCE, P. R. and LORSCHE, J. W. (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston: Harvard University Press, MA.
- MATTSSON, L.-G. and JOHANSSON, J. (1992). «Network positions and strategic action: an analytical framework». In B. Axelsson e G. Easton (eds.), *Industrial Networks: A New View of Reality*. London: Routledge, pp. 205-217.
- MATTSSON, L.-G. (1985). «An Application of a Network Approach to Marketing: Defending and Changing Market Positions». In N. Dholakia and J. Arndt (eds.), *Changing the Course of Marketing: Alternative Paradigms for Widening Marketing Theory*. Greenwich, CT: JAI Press, pp. 263-288.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010*. (Fevereiro), Lisboa.
- MINTZBERG, H. (1990). «The Design School: Reconsidering the Basic Premises of Strategic Management». *Strategic Management Journal*, vol. 11, n.º 3 (Mar/Apr), pp. 171-195.
- PORTER, M. E. and TEISBERG, E. O. (2004). «Redefining Competition in Health Care». *Harvard Business Review*, June, pp. 65-76.
- RIBEIRO, J. M. (2004). *Hospitais SA: Balanço do Primeiro Ano de Empresarialização*. Comunicação proferida pelo Encarregado de Missão dos Hospitais SA do Ministério da Saúde, II Curso de Gestão para Clínicos da Escola Nacional de Saúde Pública. (28 de Maio).
- SHEN, Y.-C. (2002). «The Effect of Hospital Ownership Choice on Patient Outcomes after Treatment for Acute Myocardial Infarction». *Journal of Health Economics*, vol. 21, n.º 5, pp. 901-922.
- SHEN, Y.-C. (2003). «Changes in Hospital Performance After Ownership Conversions». *Inquiry*, vol. 40 (Fall), pp. 217-234.
- SLOAN, F. A., PICONE, G. A., TAYLOR, D. H. and CHOU, S.-Y. (2001). «Hospital Ownership and Cost and Quality of Care: Is There a Dime's Worth of Difference?». *Journal of Health Economics*, vol. 20, n.º 1, pp. 1-21.
- TOMLINSON, G. (1998). «Comparative Analysis: Benchmarking». In V. Ambrosini, G. Johnson e K. Schles (eds), *Exploring Techniques of Analysis and Evaluation in Strategic Management*. Hemel Hempstead: Prentice-Hall Europe, pp. 62-78.
- VITA, M. G. and SACHER, S. (2001). «The Competitive Effects of a Not-for-profit Hospital Merger: A Case Study». *Journal of Industrial Economics*, vol. 49, n.º 1, pp. 63-84.

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.
 - Beneficentes: 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, Beneficentes 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 ultimação 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: **Clinical Governance in a Changing NHS**

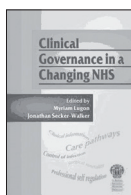
Autores: **M. Lugon | Jonathan Secker-Walker**

Ano: **2005**

Edição: **Royal Society
of Medicine Press**

ISBN: **1853156655**

Páginas: **224**



A introdução da Governação Clínica teve já um grande impacto nos cuidados de saúde no Reino Unido. A sua implementação é essencial para que a qualidade dos cuidados de saúde possa ser o motor do desenvolvimento dos serviços de saúde. A Governação Clínica é da responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde a todos os níveis. Por conseguinte, é vital que estes tenham acesso a informação relevante, claramente escrita com tudo o que é necessário para que se possam implementar as alterações num ambiente em mudança constante e acelerada. Este livro é a sequência há muito esperada do livro *Advancing Clinical Governance*. O mesmo é recomendado a clínicos e gestores a todos os níveis nas organizações de saúde, a potenciais interessados no negócio da saúde e a académicos.

A 4ª edição deste livro, que é uma referência na área da Gestão do Risco, cobre um amplo espectro relacionado com a prática clínica e riscos associados. O livro oferece informação corrente, actualizações de lei e regulamentação e ferramentas que podem ser muito importantes para os gestores na área de saúde, apresentando-se como um meio simples e prático de obter informação relevante nos mais variados aspectos.

Esta última edição apresenta também o conceito de “Enterprise Risk Management” (ERM) que encoraja a avaliação de todos os riscos que confrontam uma organização. O ERM comporta um programa de controlo estratégico de risco para ajudar a assegurar um fornecimento adequado de cuidados clínicos de acordo com as expectativas dos pacientes.

Título: **Risk Management Handbook for Health Care Organizations**

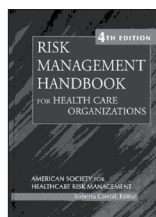
Autores: **Roberta Carroll**

Ano: **2003**

Edição: **Jossey Bass Wiley**

ISBN: **0787967971**

Páginas: **1392**



Título: **Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais**
 Autores: **Vivien Martin | Euan Henderson**
 Ano: **2004 - Monitor**
 Edição: **Almedina**
 ISBN: **9729413606**
 Páginas: **332**



A dinâmica organizacional que tem vindo a desenvolver-se nas últimas décadas, fez emergir o papel fundamental dos recursos humanos numa óptica de competitividade e qualidade das organizações. Os novos desafios que atravessa o Sistema de Saúde português devido ao crescimento dos cuidados de saúde e de fortes restrições financeiras, exige uma gestão profissionalizada que garanta uma organização adequada, uma afectação eficiente de recursos e um processo permanente de avaliação. Usufruir de cuidados de saúde com qualidade é um direito que assiste aos cidadãos, num quadro de um Estado de Direito com preocupações sociais.

Esta obra faz uma abordagem aos Sistemas de Gestão, exemplificando-os através de casos práticos, retirados de Unidades de Saúde e Serviços Sociais. A estrutura do livro, organizado por capítulos, teve por base materiais de ensino preparados para o *Management Education Scheme by Open Learning (MESOL)*, um projecto que tem vindo a ser desenvolvido em estreita colaboração entre o *National Health Service Executive*, o *Social Services Inspectorate*, o *Institute of Healthcare Management* e a *Open University Business School*.

Neste livro é abordada a temática da Regulação da Saúde nas suas diferentes perspectivas. Um Novo Ciclo de Regulação na Saúde, a Regulação Económica da Saúde, a Regulação Social da Saúde e a Excelência na Saúde constituem alguns dos itens apresentados na obra.

A Entidade Reguladora da Saúde, é outra matéria à qual o autor dá grande destaque. Deste capítulo fazem parte os seguintes itens: Modelos de Regulação, Formato Institucional, Independência e Autoridade e *Governance* na Regulação

O autor encerra o livro com uma reflexão sobre as Perspectivas para a Regulação da Saúde.

Título: **Regulação da Saúde**
 Autores: **Rui Nunes**
 Ano: **2005 - Vida Económica**
 Edição: **Almedina**
 ISBN: **9727881416**
 Páginas: **310**



Sites

Sugestões

www.bmj.com

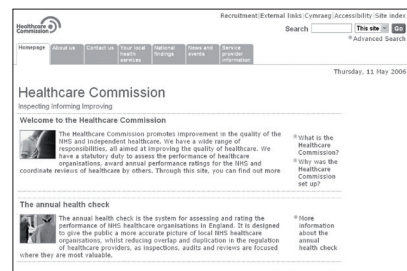


British Medical Journal (BMJ) tem como política editorial a publicação de material rigoroso, acessível e de entretenimento que ajudará médicos e estudantes de medicina na sua prática diária, formação contínua e desenvolvimento de carreiras. Quer também estar na linha da frente dos debates internacionais sobre a saúde. Para cumprir este objectivo publicam estudos científicos originais, artigos educacionais e de revisão e trabalhos que comentam factores clínicos, económicos, científicos, sociais que afectam a saúde em geral.

O site foi lançado em Maio 1995 e contém o texto na íntegra de todos os artigos publicados no BMJ desde Janeiro de 1995, para além de outro material que é exclusivo do site.

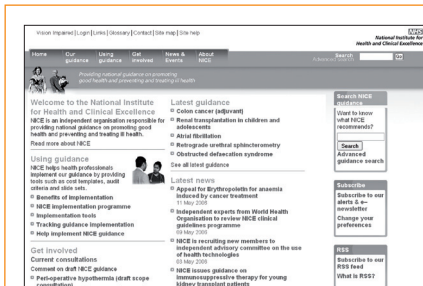
O público-alvo são médicos, estudantes, investigadores, outros profissionais de saúde, representantes da indústria farmacêutica, personalidades ligadas à política, imprensa e o público em geral.

www.healthcarecommission.org.uk



A Comissão de Cuidados de Saúde (*Healthcare Commission*) promove a melhoria da qualidade de serviços no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e em outras entidades privadas deste país. Tem uma variedade enorme de responsabilidades, todas dirigidas para a melhoria dos cuidados de saúde. Tem também o dever estatutário de avaliar a performance de organizações de saúde, atribuir *ratios* de performance no Serviço Nacional de Saúde e coordenar revisões de cuidados de saúde de outras entidades.

www.nice.org.uk



National Institute for Health and Clinical Excellence é uma organização independente que promove pistas para a melhoria de qualidade em saúde. Preconiza diversas áreas que poderão ser extremamente úteis a todos os profissionais de saúde interessados na melhoria dos cuidados de saúde nas organizações onde estão inseridos.

www.msp-riskconsulting.com



O site MPS Risk Consulting tem como objectivo ajudar os profissionais de saúde a evitar incidentes que ponham em causa a integridade dos pacientes, incentivando a compreensão dos riscos da prática clínica e o que se deve fazer para os evitar.

A equipa do MPS Risk Consulting é especialista em Risco Clínico e oferece apoio em variados aspectos desta área, trabalhando em conjunto com uma seguradora especializada na cobertura de seguros dos profissionais de saúde no Reino Unido: A Medical Protection Society.

