

**Carlos Alberto Colaço Pires**

**IMPACTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA POR OBJECTIVOS NA GESTÃO DA  
QUALIDADE**

**MESTRADO DE GESTÃO DA QUALIDADE**

**ORIENTADOR: Professor Doutor António Ramos Pires**

**UNIVERSIDADE ABERTA, Lisboa 2010**

## Resumo

Este trabalho desenvolve-se em **duas épocas distintas**:

**A primeira** onde se realiza uma investigação durante os anos de 1998-1999, sobre o papel dos Administradores Delegados face ao impacto da gestão participativa por objectivos na gestão da qualidade, onde se foi averiguar se nas modalidades quotidianas de acção de gestão, por parte dos Administradores Delegados se estruturam estratégias que permitam a operacionalização da Gestão Participativa por Objectivos, enquanto vertente estratégica da gestão da qualidade.

Neste sentido utilizou-se o universo dos hospitais públicos portugueses, onde havia a existência formal de comissões da qualidade e foram aplicados questionários para recolha de informação. Dos dados obtidos conclui-se que a Gestão Participativa por Objectivos, enquanto vertente estratégica para a Gestão da Qualidade, ocorria através da operacionalização dos saberes de gestão que os Administradores Delegados transportavam nos diferentes contextos hospitalares e evidenciou-se que a experiência profissional era um factor facilitador para ultrapassar constrangimentos organizacionais que dificultavam a operacionalização dos métodos e instrumentos da Gestão Participativa por Objectivos.

**A segunda época** realizou-se no último trimestre do ano 2009 onde foi retratado as alterações legislativas que ocorreram na última década e que facilitaram o desenvolvimento da Gestão Participativa por Objectivos e a implementação de sistemas de certificação e acreditação da qualidade nos hospitais portugueses.

Neste sentido efectuou-se uma consulta de Diplomas Legislativos e seleccionaram-se aqueles que se consideraram fundamentais para promover o referido desenvolvimento e, verificou-se que a legislação evoluiu no sentido de facilitar a introdução de metodologia de gestão participativa por objectivos, conclui-se também que apesar de existir uma grande panaceia de legislação sobre a matéria em estudo, que os mesmo contribuíram para que diversas instituições de saúde obtivessem acreditação e certificação na área da qualidade e que no final do ano 2009 ficou clarificada a estratégia da qualidade para os serviços de saúde.

## SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CS 9 – Comissão Sectorial para a Saúde

APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade

AD – Administrador Delegado

AD(s) – Administradores delegados

D.G.S – Direcção Geral de Saúde

EPE – Estabelecimentos Públicos com Natureza Empresarial

GQ – Gestão da Qualidade

GPO – Gestão Participativa por Objectivos

NP – Norma Portuguesa

H – Hospitais

HC – Hospitais Centrais

HSC – Hospital de Santa Cruz

KFHQS – King's Fund Health Quality Service

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

IPQ – Instituto Português da Qualidade

PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

SA – Sociedades Anónimas de Capitais Públicos

SPA – Sector Público Administrativo

## INDICE

	Pag
Introdução	7
<b>PRIMEIRA PARTE</b>	10
Capitulo I	10
Construção Teórica da Investigação	10
1. O quadro teórico	13
1.1 As teorias Centrais na definição de objecto	13
1.1.1 Génese da Gestão participativa	13
1.1.2 Controvérsias teóricas sobre a gestão participativa por objectivos	17
1.1.3 Um primeiro olhar sobre a gestão da Qualidade	20
1.1.4 Sistema / gestão da qualidade	24
1.2 As teorias auxiliares	23
1.2.1 Gestão participativa por objectivos nos hospitais	29
1.2.2 Gestão da qualidade nos hospitais	33
2 Hipótese central	40
Capitulo II	42
Metodologia da investigação empírica	42
1. A selecção do campo empírico	42
2. As técnicas de recolha d investigação	45
3. Técnicas de tratamento de informação	47
	48
<b>SEGUNDA PARTE</b>	48
Capítulo I	48
Sociografia da investigação	48
1. Caracterização dos actores	48
2. Caracterização dos contextos	51
Capítulo II	54
Concepção de Gestão	54
Capítulo III	59
Práticas de gestão	59
Capítulo IV	66
Gestão participativa por objectivos / gestão da qualidade e os seus constrangimentos	66
<b>TERCEIRA PARTE</b>	70
Capitulo I	70
Evolução nos últimos 10 anos que influenciou a gestão participativa por objectivos nos hospitais	70
Capitulo II	85
Organismos e legislação que influenciaram a gestão da qualidade nos hospitais nos últimos 10 anos	85
Conclusão	97
Notas dos capítulos	100

Bibliografia	105
Anexo I	103
Anexo II	116

## **Introdução**

Realizar uma investigação, tendo por objecto empírico de análise os Administradores Delegados, foi uma ideia que ao longo do curso de mestrado foi progressivamente tomando corpo pelo facto de estes profissionais terem um poder de decisão que influencia a gestão da organização hospitalar. Procurava desta forma compreender os obstáculos que se deparam no dia a dia na introdução de metodologias de gestão participativa por objectivos na vertente da gestão da qualidade e que de certa forma se relacionava com a experiência profissional que tinha do contacto com a realidade da gestão hospitalar.

Esse contacto, e o acesso proporcionado ao longo do curso, pela multidisciplinaridade de matérias que se procurou relacionar sempre com a Gestão Hospitalar, foi dando lugar à percepção de específicas dinâmicas de mudança profissional emergentes no interior deste grupo.

Foi neste plano de equacionamento e reflexão, que se avançou para a construção deste projecto, e se formulou e delimitou o seu campo analítico, através da definição do seu objecto central e dos seus objectivos específicos.

Assim, e no sentido de se alcançarem as respostas para a interrogação matriz, constituiu-se como objecto central, a análise dos processos accionados pelas práticas de gestão dos Administradores Delegados até ao ano de 1999.

Considerou-se, que era através destes que se poderia conhecer a natureza, alcance e limites, da Gestão Participativa por Objectivos, accionadas pelos mesmos, enquanto vertente estratégica para a Gestão da Qualidade nos Hospitais portugueses.

Em torno do objecto central, estabeleceram-se como objectivos específicos; identificar de que modo os contextos, onde estes profissionais se inserem, assim como a sua experiência profissional, vinha sendo diferentemente possibilitadas, pelos diversos e particulares constrangimentos organizacionais, procurando-se determinar os factores que geravam essas

desiguais possibilidades, e de como neste participam, e se articulam, os desiguais recursos cognitivos, que se inseriam nas diversas gerações profissionais no interior deste grupo.

Na prossecução destes objectivos, adaptou-se como campo empírico de análise o contexto hospitalar, por razões de ordem objectiva, teórica e metodológica que no desenvolvimento do trabalho se explicitam.

A investigação foi, assim, realizada numa primeira fase, a todos os Administradores Delegados, da rede hospitalar nacional, tendo-se seleccionado como unidades de análise trinta e seis Administradores Delegados, dispersos entre os três tipos de Hospitais (**nota 1**). Relativamente ao método de recolha de informação empírica adoptou-se, o recurso ao «questionário».

No plano da construção teórica, e dado a pluralidade de domínios analíticos que se articulam na especificidade dos objectivos da investigação, foi necessário recorrer a contributos teóricos de diferentes áreas de especialização do conhecimento da gestão que se reflectiam até ao ano de 1999.

Nesse sentido, foram adoptadas algumas perspectivas teóricas que tinham sido desenvolvidas no âmbito da Gestão Participativa por Objectivos e da Gestão da Qualidade.

Cada uma destas perspectivas, participou com alcances diferenciados na construção do quadro teórico global, constituindo-se em teorias centrais e teorias auxiliares, consoante o carácter mais amplo ou restrito das potencialidades analíticas e operativas que apresentaram para os objectivos da pesquisa.

Posteriormente efectuou-se uma pesquisa de legislação da última década (1999-2009) que influenciou a dinâmica da gestão participativa por objectivos e também sobre a influência que os diversos organismos públicos tiveram sobre a gestão da qualidade como ferramenta da gestão organizacional nos hospitais portugueses.

A exposição que seguidamente se apresenta está organizada em três partes, constituídas cada uma por diversos capítulos. Na primeira parte, é desenvolvido o percurso teórico e metodológico da construção da investigação, sistematizando-se as suas sucessivas etapas

ao longo de dois capítulos, na segunda parte, é apresentada a informação empírica e desenvolvida a sua interpretação a partir dos instrumentos teórico-analíticos adoptados, sistematizando-se o conjunto de dimensões abordadas ao longo de cinco capítulos, a terceira parte foi realizada dez anos depois das anteriores e encontra-se dividida em dois capítulos que procuraram retratar as transformações que ocorreram no sistema de saúde português e que influenciaram a temática que tinha sido analisada anteriormente.

A encerrar esta introdução, afigura-se oportuno sublinhar, que a investigação aqui apresentada foi concebida e desenvolvida, em duas fases distintas:

A primeira efectuada durante os anos de 1998 e 1999 tendo como primordial finalidade a elucidação gestonária da realidade social em questão, e, nesse sentido, visando contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da Gestão Participativa por Objectivos, enquanto vertente estratégica da Gestão da Qualidade, nos domínios de protagonização dos Administradores Delegados;

A segunda foi efectuada no último trimestre do ano 2009 tendo como finalidade realçar as transformações que ocorreram no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente através da evidência política e legislativa que influenciaram a temática abordada e a sua introdução nos hospitais portugueses.

## Primeira Parte

### Capítulo I

#### A Construção Teórica da Investigação

Os objectivos que orientam esta investigação fizeram privilegiar, na sua construção teórica, a ênfase nos processos accionados e expressos nas práticas dos AD(s), enquanto «veículo» e garante da GPO, como vertente estratégica para a GQ, nos específicos espaços de produção de cuidados de saúde.

Considera-se, que é a partir destes processos que se poderão apreender as diferentes possibilidades estratégicas dos AD(s), no sentido de superar os «hipotéticos» constrangimentos com que se deparam. Mas, essa ênfase, fundamenta-se igualmente no entendimento desses processos enquanto «*espaços de gestão*», em que se concretizam as diferentes formas de negociação continuamente accionadas para a articulação e reajustamento, entre as regras e as práticas, e nos quais se geram específicas possibilidades de proporcionar qualidade nos cuidados de saúde «oferecidos», pelos diferentes contextos organizacionais, através da operacionalização da GPO.

Foram adoptadas como teorias centrais, as perspectivas analíticas que se têm revelado de maior alcance na desocultação das dimensões informais da organização dos contextos de trabalho hospitalar e que, demarcando-se das formulações mais radicais da «gestão autoritária», têm privilegiado a análise da articulação entre a GPO e a GQ. Restituindo, deste modo, visibilidade às práticas concretas dos Administradores Delegados e às modalidades que as estruturam.

Nesse sentido recorreu-se à teoria da «Gestão Participativa por Objectivos» (Drucker), e à teoria da «Gestão da Qualidade» (Schaafsma, Willemze e Shewart, entre outros), que constituindo perspectivas sistematizadas a partir de articulados conceptuais, e originariamente filiados em distintos fins (**nota 2**) apresentam, contudo, uma convergência analítica em torno da «*performance*» da organização.

Assim, recorre-se aos postulados que sustentam a GPO, enquanto contributo de maior alcance analítico para a identificação do modo como se estruturam os métodos de gestão no Hospital, e como esses métodos se inscrevem nas estruturas organizacionais que formalizam as relações e as práticas profissionais.

Para a apreensão dos diferentes recursos que os actores mobilizam no sentido de facultarem aos utentes, serviços com «qualidade», recorre-se aos postulados que circunscrevem e definem a Qualidade.

Através deste primeiro nível de elaboração do quadro teórico, ficará fundamentada a pertinência de constituir-se em **objecto teórico** a Gestão Participativa, enquanto vertente estratégica do Sistema de Gestão da Qualidade, e de se constituir a análise das específicas modalidades da sua operacionalização, em **problemática central**.

Desenvolvendo-se esta, no sentido de restituir visibilidade às desiguais possibilidades e constrangimentos sentidos pelos AD(s), que se inscrevem nos diferentes contextos de exercício das práticas, tanto para a consolidação da implementação de métodos dirigidos para a GPO, como para o seu alcance enquanto estratégia para a implementação de um Sistema da Qualidade.

Para o aprofundamento de cada uma destas dimensões recorre-se, num segundo nível de elaboração do quadro teórico, a outros contributos analíticos que funcionaram como teorias auxiliares.

Entendidas estas, no sentido restrito de contributos teóricos possibilitadores de instrumentos conceptuais sobre o Hospital, e com maior alcance interpretativo para o aprofundamento da leitura e problematização da temática em análise.

Elaborado o quadro teórico, que irá organizar as opções de investigação e sustentar a posterior leitura e interpretação da informação empírica recolhida, proceder-se-à seguidamente à formulação da **hipótese central**, na qual se definem as diferentes dimensões e categorias do real a analisar, que operam o fechamento do campo empírico de análise e problematização.

Inserir-se, ainda, nesta etapa de construção teórica da investigação, um último ponto relativo à selecção dos instrumentos técnico-operativos disponibilizados pelas investigações sobre as organizações de saúde, já produzidas sobre a gestão e os contextos de saúde, que permitiram estabelecer a matriz que presidirá à exploração das dimensões e categorias do real, que na hipótese central se delimitam (**nota 3**).

São estas sucessivas fases de progressiva construção teórica da investigação, que seguidamente se apresentam e desenvolvem.

## 1. O Quadro Teórico

### 1.1. As Teorias Centrais na Definição do Objecto

Através de uma breve caracterização do articulado conceptual e dos postulados básicos de ambas as perspectivas teóricas adoptadas -- **Gestão Participativa por Objectivos e Gestão da Qualidade** --, procurar-se-à evidenciar a complementaridade dos seus respectivos contributos, no que respeita à apreensão dos processos de gestão por parte dos AD(s), que se inscrevem no domínio da oferta de cuidados de saúde bem sucedidos, com «qualidade».

#### 1.1.1. Génese da Gestão Participativa por Objectivos

A emergência da GPO, enquanto método de gestão, está indissociavelmente ligada às pressões que as empresas norte-americanas foram alvo na década de 50.

Como tem sido salientado pela bibliografia de gestão neste domínio, tanto a complexificação técnica das organizações, decorrente do desenvolvimento organizacional, como a conseqüente complexificação administrativa e burocratização organizacional das empresas, não só assinalam a reorganização do modo de gerir, como vão requerer dos gestores responsabilidades, atitudes e competências diferentes, como resposta à pressão económica da época, que propiciou nas empresas uma «*management by pressure*» (Kanter, R., 1997).

Coincidente com o aperfeiçoamento dos controles administrativos, das técnicas financeiras mais modernas e das técnicas de pesquisa operacional, assim como das técnicas de persuasão e manipulação.

Segundo a autora, o cenário, que se vivia de pressão exercida sobre os gestores, demonstrava não ser o melhor veículo de obter resultados e, é neste contexto, que a Administração por Objectivos, aparece conforme alguns teóricos a designam como: *técnica de direcção de esforços*.

É, no entendimento desta situação que Drucker, aponta a necessidade de se determinar metas e objectivos claros, de modo a colocar a organização no lugar em que esta deve ser situada. De acordo com Drucker (1954, p.104), "**...os objectivos são necessários em todos os sectores onde a execução e os resultados influem directamente e de forma vital na sobrevivência e na prosperidade da empresa...**", magnanimamente, diz que "**...administrar é administrar por objectivos...**".

Foi, esta a razão, porque em 1954 Drucker afirmava que "**...os futuros administradores deverão concentrar-se mais em resultados do que em esforços supérfluos e dispersivos...**" (p.100).

Este contexto histórico e organizacional, propiciou o aparecimento da GPO, em cujo âmbito se inscreve a reelaboração da natureza do trabalho do gestor, concretizada na sua progressiva dissociação do gestor de esforços supérfluos e dispersivos, a que, até então estivera associado, e a aproximação aos resultados globais da empresa (Drucker, 1954). Demarcação essa, que irá constituir uma das condições fundamentais para a construção de uma identidade da GPO, enquanto método de gestão.

Para Schelh (1959), este método surgiu como um instrumento de controle sobre organizações em rápido crescimento, e que até então estavam sujeitas a controles meramente financeiros.

Segundo este autor, vivia-se um círculo vicioso "*...maior controle, maior resistência; maior resistência, maior controle...*". Foi então, que se equacionou uma forma de equilibrar objectivos, admitindo maior participação, descentralizando decisões, o que geraria auto-controle e auto-avaliação, propiciando simultaneamente o aparecimento de maior liberdade por parte dos actores da organização. E, é, no enquadramento desta lógica de entendimento da gestão, que emerge a GPO, associada a um movimento generalizado de *descentralização*.

Considerou-se, que a única forma de reverter o processo anteriormente descrito era descentralizar as decisões, e fixar objectivos para cada área-chave, dando maior liberdade a cada actor, de modo que este, pudesse escolher a forma de atingir os resultados.

Este novo movimento de descentralização, iniciado na General Motors e continuado em diversas outras empresas, foi uma «moda» da década de 50, sendo vasta a produção teórica sobre esta temática.

Para a operacionalização analítica desta dinâmica, é adicionado ao conceito já existente, a dimensão humana, de que administrar é também, «*trabalhar com pessoas*». Sendo a partir destes dois postulados que adquire visibilidade, um «*clima organizacional*», que estimule o uso dos recursos da organização de forma mais eficaz e eficiente, quando utiliza os recursos da organização de uma forma económica.

A GPO, permite que cada um concentre o esforço em alvos escolhidos pela organização, podendo auto-dirigir o seu esforço de acordo com controles que estavam ao alcance de cada um.

Segundo Drucker, a participação na fixação dos objectivos e a auto-correcção (oposta ao hetero-controle anterior), permitia evitar os conflitos provenientes do excesso de pressão do topo para a base da organização.

Como sustentação operativa e legitimadora da reelaboração da natureza do comportamento dos gestores, foi central a noção de «*delegação*». É, a operacionalização desta noção, e a evocação destes requisitos e competências inerentes, que irão conferir uma dimensão abrangente à GPO, quer na sua vertente de vitalidade e coesão dos grupos de trabalho, quer na sua vertente de colaboração e solidariedade dos homens para com a empresa e desta para com os que a servem.

Será esta dimensão de «*delegação*», imprimida à gestão que ao conferir-lhe especificidade, fará surgir a «*participação*», em detrimento do «*autoritarismo*», dando visibilidade, a uma dimensão mais vasta, que se traduz na identificação dos actores com a organização.

É esta articulação, que salienta o mútuo condicionamento das estruturas e dos processos, face aos actores, sendo neste sentido, que Kanrr (1992, p.79), acentua que "*...as pessoas*

*são mais importantes, que os métodos; onde delegar responsabilidades é mais produtivo que supervisionar...".*

Da natureza deste método, acresce o abandono por parte da Administração das tarefas do dia-a-dia para se consagrar à sua própria função -- **planeamento a longo prazo**. Por outro lado, favorece a eficácia e dinamismo da organização, pela adesão e participação de cada um dos actores na tarefa comum, assim como, motiva os restantes actores, dando-lhes iniciativa, meios e confiança nos seus recursos.

Mas, as condições objectivas e subjectivas que materializam o processo de configuração do método, passaram, também, pelas estratégias de formalização da sua formação profissional, e pelas estratégias de institucionalização da ideologia da *«participação»*.

A necessidade desta dicotomização *«delegação/participação»*, para responder aos novos requisitos de gestão, constituirá um modo de assegurar o carácter qualificado do trabalho.

Contudo, Lodi (1973, p.213) considera que "...**a ênfase colocada na «participação», não se sobreporá à importância atribuída, à «delegação», entendida como uma atitude de envolvimento total de todos os actores da organização...**", e figurando esta última, como fonte exclusiva da GPO.

E, é justamente a este nível de problematização que a evolução que conduziu à GPO, se sustenta na necessidade de estabelecer uma comunicação directa e clara entre a Administração e os actores da organização. Pois, a dificuldade de diálogo, inversamente proporcional ao tamanho das organizações, tornava-se, por um lado, cada vez mais essencial, devido às alterações das relações de trabalho que a Revolução Industrial, trouxe consigo.

Para não sucumbir neste ambiente novo, foi necessário concretizar o diálogo entre os escalões de «Management». É precisamente nele, que reside a essência da GPO, função e técnica essencial da organização de hoje, que permite aos gestores, gerir as suas organizações com aquele espírito dinâmico e inovador que Schumpeter, considerava imprescindível. A GPO, acciona mecanismos promotores de comportamentos gestionários diferentes, em que cada gestor ao administrar, adquire maior consciência, de como o seu esforço contribui para o desempenho da organização como um todo. Tornando-os mais

motivados e adquirindo, mais auto-controle no exercício das suas práticas. O que os leva, a estarem mais sensibilizados para a «*acção estratégica*» (**nota 4**), a operacionalizar na organização. Em particular, no que respeita aos recursos que os diferentes grupos e actores podem mobilizar, e aos limites, e alcances desses recursos nas suas orientações estratégicas.

Se relativamente à evolução da GPO, têm sido consensuais as interpretações produzidas no âmbito das diferentes perspectivas teóricas, já o mesmo não se verifica no que respeita à interpretação das suas repercussões na configuração da realidade concreta deste método, que vem dando lugar a leituras controversas. São estas leituras, que seguidamente se discutem, para se deixarem explícitos os parâmetros teóricos adoptados como parte do plano de partida, na construção teórica desta investigação.

### **1.1.2. Controvérsias Teóricas sobre a GPO**

O processo que esteve na génese da GPO, não conseguiu desvincular todos os símbolos, métodos e práticas antiquadas da Administração. Talvez estejam profundamente enraizadas na rotina, para que um novo princípio ou conceito, por mais racional ou poderoso que seja, possa reconfigurar as práticas diárias dos gestores.

De entre os enfoques sobre a GPO, que no domínio da análise da «ciência da Administração» têm tido maior desenvolvimento, figuram as abordagens estruturais relativas ao modo de operacionalização do método.

É, neste quadro de abrangência analítica que surgem alguns críticos, entre os quais Kirb Warren (1966), que viu nesta nova teoria dois problemas relevantes. Primeiro, a tendência da administração por «**resultados**», tornar-se sinónimo de administração por «**lucros**», ou de resultados tangíveis a longo prazo. Segundo este autor, muitos gestores sentiam um fraco estímulo para a acção, ou então, um estímulo que facultasse a acção de maneira maquiavélica. Diz, Kirb Warren (1966, p.67) "*...resultados, lucros e taxa de retorno, embora sejam de interesse vital para a administração, são indicadores pouco satisfatórios do que virá a acontecer. Se um bom lucro, baseado em resultados, produzirá ou não um bom lucro futuro, depende dos meios utilizados para atingir, tal*

*lucro...*". Como ilustra Schled (1959, p.181) "*... os resultados específicos esperados deverão ser designados de tal forma, que encoragem a pessoa a combinar o curto com o longo prazo...*".

Se, é inquestionável, que Drucker renovou a filosofia empresarial combatendo o autoritarismo das decisões centralizadas no topo, também é verdade, que não levou muito longe a sua reforma da organização. Consubstanciando, esta interpretação, no entendimento, de que, ele acreditava na abstracção de um trabalho altamente individualizado, com objectivos próprios. Ou seja, acreditava numa descrição da função altamente independente, baseada na clássica divisão do trabalho.

Acreditava, simultaneamente na avaliação do desempenho, baseado em standards quantitativos. Porém, explorou pouco as funções produzidas em comum, as relações cruzadas e informais, assim como, os resultados provenientes do trabalho de equipe.

Sayles (1964), procurou mostrar que a primazia das relações verticais tem sido questionada em diversos estudos correntes. Vejam-se entre outros Landsberger e George Strauss (1961, p.180) sublinhando ambos, que a "**...teoria clássica se preocupou excessivamente com a cadeia de «comando», em detrimento do estudo das relações cruzadas...**". Questionar essa verticalidade da organização, significa pôr em dúvida diversos dogmas tradicionais da administração.

Sayles (1964), concluí suas críticas com algumas propostas construtivas no sentido de incorporar o desempenho gestor a um conceito do sistema, em que o comportamento do gestor é accionado em função da organização do trabalho, e dos controles que em cada organização, operam sobre ele. Devendo adoptar, uma multiplicidade de padrões administrativos de acordo com as circunstâncias.

Drucker, tem sido alvo de críticas porque não foi suficientemente explícito ao analisar as relações cruzadas dos gestores, de modo a ligar o seu sistema de objectivos individuais com o esforço associado, atribuindo demasiada e perigosa importância à perseguição dos objectivos de cada um. Note-se, que no livro "*The New Society: The Anatomy of the Industrial Order*" (1950), apela para a anulação da divisão do trabalho tayloriana, que segundo ele, constituía um impedimento à integração do trabalhador.

O núcleo da preocupação de Drucker, como teórico da organização e homem de antecedentes financeiros, remete-nos para a eficiência interna da organização e o modo, como ela utiliza os seus recursos.

Por outro lado, no domínio específico das Relações Humanas e de acordo com a teoria tradicional da mesma, o gestor é configurado, como uma pessoa que dá ordens, contrastando com a teoria Sistémica, que acentua a perspectiva de que os compromissos não têm limites claros e definidos; pelo contrário, o gestor moderno é colocado numa teia de relações mutuamente dependentes. Assim, as características básicas são as interações, as relações dinâmicas, não os cargos estreitamente compartimentados. Adquirindo visibilidade, que o comportamento organizacional não é espelhado no organograma, nem previsto por ele.

Outra faceta característica de Drucker, é a sua atitude crítica diante do tema Relações Humanas e Administração de Pessoal, quanto à superada ênfase que se coloca na manipulação. É claro, que não se devem atribuir a Drucker todos estes abusos, pois vários foram os detractores que se lhe veicularam. O que, porém Drucker não fez, foi antecipar no seu livro fundamental, "*The Practice of Management*" (1954), os riscos de uma interpretação parcial e apressada da Administração por «*resultados*», nem indicar meios de combinar os objectivos quantitativos, de curto prazo, com os qualitativos e com os de longo prazo. Na prática, a GPO, segue tradicionalmente esta sequência lógica de etapas interdependentes:

- 1- Os gestores de topo, formulam as metas da organização a longo prazo. A seguir, faz-se o «planeamento estratégico» para se atingir estas metas;
- 2- Os Administradores, em toda a organização, desenvolvem objectivos de apoio a curto prazo;
- 3- Preparam planos de acção para atingir os resultados desejados;
- 4- Providenciam a existência de um sistema de avaliação e verificação que controle e obtenha informação para os gestores de topo da organização;

5- Se o sistema de avaliação mostra que os resultados não estão sendo alcançados, tomam-se medidas correctivas.

Resumindo, a GPO é um procedimento de administração, onde chefes e subordinados identificam os resultados a obter num determinado tempo. Porém, deverá clarificar-se sem margem para qualquer ambiguidade, que a GPO depende essencialmente da qualidade dos gestores que a utilizam. Devendo ainda, ser evidenciado que o recorte controverso, que aqui foi equacionado, não retira credibilidade à GPO, pois não existe melhor veículo para a gestão, assim como também não existe nenhum «sistema», que garanta resultados plenos.

É, neste entendimento dos limites e possibilidades da GPO, que encerra parte dos parâmetros teóricos subjacentes a esta investigação. E, são estes, que constituem parte do quadro de ancoragem, a partir do qual, se procedeu à construção do quadro teórico central.

### **1.1.3. Um Primeiro Olhar sobre a Gestão da Qualidade**

A primeira abordagem organizada da Gestão da Qualidade deve-se ao americano R.L. Jones que introduziu em 1924, na *Western Electric Company*, um método para assegurar a «qualidade» dos produtos.

Jones, teve a missão de otimizar a «qualidade» final da produção, em última análise, de alcançar a satisfação dos clientes/utentes ao menor custo. A descrição das funções do serviço, que ele definiu, é semelhante à que actualmente existe nas empresas melhor organizadas.

Em 1931, Shewhart publicou um livro: “*Economic Control of Quality for Manufactured Products*”, que foi muito tempo, o paradigma desta especialidade. Este livro apresenta não só os objectivos da Gestão da Qualidade, mas também, o instrumento estatístico que permite atingi-los.

A partir da Segunda Guerra Mundial, despoletou-se o desenvolvimento da Gestão da Qualidade. Porém, é na década de 60, que o «*quality control*» tomou a sua verdadeira dimensão e adquire maior visibilidade nos Estados Unidos, ao integrar-se no sistema de gestão industrial. Programas de melhoria da «*qualidade*», contribuíram poderosamente para aumentar a rentabilidade das organizações, reduzindo os custos inúteis, enquanto que

simultaneamente eram accionadas acções preventivas. O «*conceito zero defeitos*» de Crosby (1967), punha em evidência o papel primordial da prevenção dos defeitos na Gestão da Qualidade.

O Japão, que hoje, fazia figura de «*leader*» na Gestão da Qualidade, à data e face aos concorrentes mundiais, teve de vencer a má imagem de marca, que a sua produção, transportava antes da guerra. Compreenderam rapidamente que a sua sobrevivência, dependia da exportação e que na concorrência internacional a «qualidade», seria para eles uma mais valia de grande importância, na conquista dos mercados internacionais.

Passaram, então a planear e a gerir a «qualidade», da mesma maneira como geriam os outros projectos-chave da organização. Reconhecendo a necessidade de mudança, adoptaram imediatamente comportamentos operacionais, que visavam o envolvimento imediato da organização, face à necessidade e importância da «qualidade». Aprenderam portanto, que para implementar os princípios da GQ, era condição *sine qua none*, capitalizar o potencial dos actores das organizações, através da partilha e da visão comum dos objectivos da organização.

Os gestores passaram a ter uma missão a partilhar. Devendo o plano operacional, explicitar essa missão e/ou, se ela não existisse, deveria ser desenvolvida como objectivo da organização. Começavam por seleccionar e/ou desenvolver uma definição de «qualidade», adequada às características da organização. Definição essa, que segundo Hansen (1963), deveria ser incluída no plano estratégico, assolada de um espírito realista e de muita perseverança. Começando a adquirir visibilidade, o entendimento que é feito ao sistema de Gestão da Qualidade, onde a maioria das acções está intimamente ligada, dependendo o sucesso muito do equilíbrio entre as acções, anteriormente descritas, pela iniciativa e pelo espírito de equipa. Pois, como em toda a actividade complexa e multiforme, verifica-se “... ***que a fraqueza de uma operação elementar, arrisca comprometer o resultado final ...***” (Grocock, 1974, p.97).

Segundo este autor, é inquestionável, que a Gestão da Qualidade interessa a todos os actores da organização, na medida em que valoriza o potencial de cada um, sendo modestas as despesas totais, necessárias à sua implementação e funcionamento. Dando, a cada actor, os meios de definir ele próprio, as tarefas mais apropriadas para a obtenção da «qualidade»,

no enquadramento do *Manual da Qualidade (nota 5)*, na medida em que este é um documento importante, nesta tomada de consciência.

Para Fey e Gogue (1983), este documento deve ser elaborado, num clima de participação e deve ser constantemente revisto. Para manter em vigor os objectivos e os métodos assim definidos, os actores de todos os níveis hierárquicos são frequentemente reunidos dentro do enquadramento de uma formação permanente.

Perante este cenário, obviamente que todas as organizações, sem excepção, têm interesse em dotar-se de um sistema de Gestão da Qualidade, pois este sistema reforça simultaneamente, a imagem de marca e rentabilidade. Sendo esta a razão, porque as organizações que o sabem operacionalizar com eficácia, ficam beneficiadas numa situação de concorrência.

A experiência que se vivia permitia afirmar que a Gestão da Qualidade podia ser implementada com sucesso, tanto numa pequena organização, como numa grande sociedade, tanto numa actividade de serviços, como numa empresa de produção.

Várias são as normas existentes, relativamente à «qualidade», contudo, iremos remeter-nos de momento, para a norma orientadora da Gestão da Qualidade, como era o caso da NP/EN ISO 9004-2. Era uma norma explicativa, em última análise, um guião que descreve o que se tem que fazer, para começar a implementar um sistema de Gestão da Qualidade. Demonstra sobejamente, que o fim último do sistema, é a satisfação do cliente com a «qualidade» do serviço e que esta, só pode ser obtida a partir do equilíbrio harmonioso entre; *a política e responsabilidade da direcção; os recursos humanos e materiais; a estrutura do sistema da «qualidade» e o interface com os clientes.* São estes os princípios, em que assenta esta norma.

Devendo o gestor, assumir o papel não só de veículo, como de dinamizador desta norma. Na medida, em que as administrações das organizações são responsáveis pela definição de uma política para a «qualidade» dos serviços e da satisfação do cliente. O êxito da implementação dessa política, depende do empenhamento da gestão no desenvolvimento e funcionamento efectivos de um sistema da «qualidade».

Para tal “...os gestores devem providenciar para que sejam efectuadas revisões periódicas, formais e independentes do Sistema da Qualidade, a fim de determinar a sua aptidão e eficácia contínuas, na implementação da política da qualidade e seus **objectivos...**” (Shinskey, 1967, p.217). Segundo este autor, deve ser posto o enfoque na «*melhoria contínua*», traduzida nos “...*resultados da análise do desempenho do serviço; resultados das auditorias internas; nas mudanças derivadas de novas tecnologias, conceitos de qualidade, estratégias de mercado, condições sociais e ambientais...*” (1976, p.291).

Para a implementação do Sistema da Qualidade, de modo a este alcançar os objectivos, a Administração deve fornecer os recursos necessários e suficientes. Por outro lado, os gestores têm de ter confiança. Têm de perceber que a gestão «delicada» ou «atenciosa», não significa gestão «fraca». E que, levar algum tempo a tomar uma decisão, não é sinal de fraqueza, mas sim, um exercício de senso comum.

Procurar a opinião dos subordinados antes de tomar decisões, é sinal de um gestor forte. Assim como, tem de ser ele, o promotor do afastamento do «medo», dentro da organização, pois o «medo» é o cancro mais insidioso, que a longo prazo, evita que as organizações operem na sua máxima eficácia.

No entendimento teórico até aqui referenciado, sobressai a leitura de que não faz sentido criar um sistema de Gestão da Qualidade, sem a sua integração num modelo global de gestão, assente numa estratégia ofensiva de desenvolvimento. E se nos remetermos para a Lei nº 1/92, que aprova as Grandes Opções do Plano para 1992, constatamos que esta sugere um modelo de Administração em que se conciliem as exigências de um serviço de melhor «qualidade», com uma função pública criativa e motivada, com preocupações de «custo-benefício».

Resumindo, podemos concluir que a GQ, é um processo gerido, que envolve pessoas, sistemas, instrumentos e técnicas de apoio. É, portanto um agente de mudança apostado em construir uma organização voltada para o cliente/utente. A GQ é essencialmente um agente de mudança que leva a cultura vigente, a ser substituída por uma nova cultura de gestão. Uma cultura baseada no cliente/utente e na procura constante da melhoria.

#### **1.1.4. Sistema/Gestão da Qualidade**

É um dado irrefutável e inquestionável, que toda e qualquer organização, deve desenvolver, estabelecer, documentar, implementar e manter um Sistema da Qualidade, como meio pelo qual, se possam atingir as políticas e objectivos da «qualidade» dos serviços a prestar.

Contudo, a consolidação de um Sistema da Qualidade, requer que os elementos a explicitar, sejam documentados e estruturados, de modo a estabelecer o controlo e garantia adequados, abrangendo todos os processos operacionais que afectem a «qualidade» do serviço, que a organização oferece. Enfatizando as acções preventivas, enquanto elemento estratégico para a não ocorrência de problemas.

Sendo importante, para a alicerção do Sistema de Qualidade, ressaltar o que é que -- para a prestação de um dado serviço com um dado nível de exigência de qualidade -- se deve fazer, desde que se recepciona o cliente, até ao momento da sua saída (*planificação da qualidade*) para que o serviço, se mantenha em sintonia com o que foi previamente especificado.

Para que um Sistema da Qualidade, tenha sucesso, além da mediação dos processos e do contexto estrutural, traduzido no empenhamento da Administração e do envolvimento dos prestadores, são necessários planos, procedimentos e instruções documentadas, definindo como as actividades do serviço são feitas. Quer se trate de actividades de prestação de serviço, quer das actividades de avaliação das quais uma grande parte são actividades de auto-avaliação.

É esta articulação entre *estrutura, processos e explicitação dos recursos*, que salienta o mútuo condicionamento entre cada uma destas dimensões do real, e a sua permanente probabilidade de transformação, sendo nesse sentido que Christo (1996, p.77), salienta que “...*são necessários planos, procedimentos e instruções documentadas, definindo como as actividades do hospital, são feitas...*”.

Por outro lado, o Sistema da Qualidade deve privilegiar as actividades de prevenção em vez de confiar na inspecção. É, no sentido de sublinhar, esta inevitabilidade que, O’Leary (1992), em afinamentos posteriores do articulado conceptual desta perspectiva teórica,

introduziu a noção de que os procedimentos, instruções e toda a informação necessária, devem estar junto de quem delas necessita para fazer o seu trabalho, em todas as actividades que afectem a «qualidade».

Emerge desta perspectiva analítica, que a concretização da estratégia definida para a «qualidade», implica a existência de um conjunto vital de orientações a médio/longo prazo, a repercutir em todo o organismo, para implementar a «qualidade», desde o tipo de compromisso da alta gestão, até aos meios a afectar, à formação a fornecer.

Compreenderá ainda, o desenvolvimento dos sistemas de gestão, bem como o tipo de entidades a criar, as unidades de medida da Qualidade ou, sinteticamente, o modelo de gestão e o dispositivo organizativo.

Acresce, ainda, que, esta estratégia será divulgada por todos os actores da organização, privilegiando a comunicação presencial, isto é, em reuniões exclusivas para o efeito, com a intervenção da gestão de topo, preferencialmente com o gestor de mais elevado nível, nomeadamente nos casos em que aquela, tem o perfil de um órgão colegial.

Da aplicação deste modelo teórico, subjaz que o lançamento de um Sistema de Gestão da Qualidade, é variável de organismo para organismo, em função das características próprias de cada um. Em especial das opções estratégicas assumidas pela gestão de topo de cada organização, dos valores gestionários da sua cultura, concentração ou dispersão física, existência ou não, de uma massa crítica dos actores, disponíveis para aplicar instrumentos da «qualidade». Assim como da capacidade de gestão, em promover uma cultura de participação e dos meios de intervenção que forem aprovados, de entre tantos outros factores.

No plano formal, e no que respeita aos modelos que delimitam o Sistema de Gestão da Qualidade permanente, e com uma função estratégica na organização, implicam o reajustamento de uma acção constante de verificação e correcção dos produtos e dos processos. É, justamente neste nível de problematização das formas de medição disponibilizadas pelos processos de avaliação (medição), que o contributo de Lorde Kelvin e William Thomson, se revela central, ao afirmar que “... **aquilo que não podemos medir,**

**não podemos gerir...”. Logo não podemos descurar a avaliação e análise do processo, essencial para entender a GQ.**

Para a operacionalização analítica desta perspectiva teórica, figuram como atitudes nucleares, ou em última análise, operadoras centrais, as *acções correctivas*. As *acções correctivas*, têm por fim resolver, os problemas que afectam a «qualidade».

Shaw (1993), considera que esta dinâmica, deve ser estudada de uma forma sistemática no decurso de reuniões que se realizam regularmente. A preparação destas reuniões, é de grande importância para o êxito do plano de acção sobre a «qualidade». As reuniões devem ser regulares entre os quadros e o pessoal, para discutir problemas específicos que afectem a «qualidade», e tentar encontrar soluções. Reiterando, Shaw que “... *estas reuniões devem ser breves, positivas e incidir num ponto bem definido...*” (1993, p.112).

A explicitação da indissociabilidade conceptual, que tem sido referenciada ao longo do capítulo é minuciosamente sustentada pelas Normas para a GQ e elementos do Sistema da Qualidade - Linhas de orientação para serviços (norma NP EN ISO 9004-2). Como o próprio nome indica em subtítulo, um guia orientador para a GQ de quase todas as actividades de serviços.

A aplicação destes postulados, ao domínio específico do trabalho de produção de cuidados de saúde, em contexto hospitalar, permite aceitá-las enquanto elemento promotor, da satisfação das necessidades básicas da Gestão e Garantia da Qualidade de quase todos os Serviços de Saúde, em relação aos seus utentes e aos fornecedores. E têm, demonstrado a sua utilidade como forma de proporcionar a tal «confiança adequada» para produzir, comprar e fornecer com a «qualidade» e a conformidade desejadas.

E, se implementadas com o necessário bom senso e sem exageros, são ainda uma forma de reduzir custos. Custos de trabalho, custos de processos obsoletos, de excessivo controle, custos de devolução de produtos, custos de indemnização por efeitos adversos. E o mais importante de todos os custos: o da **desmotivação das próprias pessoas**.

No entanto, a pertinência destes recursos, intrinsecamente associada ao carácter central da cultura organizacional, tem, obstante a variabilidade dos contextos de assentar numa sólida «cultura de qualidade» e têm de partir de uma política de «qualidade» simples de entender e de praticar, e por todos assumida. Sendo que (como é por demais sabido), o exemplo vem do topo, e sem ele, nenhum esforço de «qualidade» sério, é possível.

Mas, além dos condicionamentos objectivos que estabelecem os limites e possibilidades das modalidades de acção de um Sistema da Qualidade, à semelhança da GPO, é preciso tempo, empenhamento, visão, liderança, para implicar os actores a todos os níveis, na medida em que se vai reconfigurar a cultura da organização. Será, então, relevante para a apreensão destas modalidades, entender que a organização, como factor determinante, pode e deve definir para onde quer ir, mas tem de proporcionar, ao mesmo tempo, o processo da GQ ou o veículo que vai permitir que todos sigam viagem. Contudo, existem condicionamentos objectivos que estabelecem os limites e possibilidades da GPO, e que se traduzem: na falta de empenhamento da gestão; na falta de visão e planeamento; nos constrangimentos que a palavra «qualidade» origina; no conflito entre a mudança cultural e a abordagem ao projecto; na situação em que a GQ, se torna burocrática; na ausência de empenhamento dos actores e na ausência de instrumentos para medir a GQ. Porém, deverá clarificar-se, sem margem para qualquer ambiguidade, que se considera que o conceito de Qualidade Global, deverá pressupor afinal um sistema de prestação de serviços, em que o doente, já que é ao subsistema de saúde que nos referimos, assume a condição de verdadeiro «utente», o qual deverá situar-se no centro do sistema e constituir-se como elemento da primeira linha das preocupações das entidades prestadoras.

A Qualidade Global, assumida por agentes convictos, aderentes e empenhados, com um objectivo compensador, tende a abranger e a sobrepor-se mesmo aos conceitos de «qualidade técnica» dos actos e de humanização, e gera potenciais clientes com dupla sensação de: credibilidade nos serviços a utilizar; satisfação, não só das necessidades, mas também das expectativas. E quando tal ocorre, as entidades prestadoras são acreditadas pelos utilizadores do Sistema, o que se constitui, como um determinante factor de sucesso. Esta indispensável clarificação, considera Juran (1988, p.184) que “...*é introduzida como vector que explícita o objectivo da organização, definido pela gestão de topo, de onde emergem os novos valores que prepararam o ambiente para a mudança...*”. Os gestores, desempenham um papel importante, sobretudo para proporcionarem os recursos e

assegurarem a constância do objectivo, a fim de garantirem que a mudança se realize. No entanto, é função dos gestores operacionais torná-la realidade; proporcionar o processo que vai permitir a mudança e a sua manutenção.

Com este último enfoque analítico, fica formulado o **quadro central**, a partir do qual emerge como **objecto teórico** desta investigação, a análise dos saberes e identidades, que irão permitir aos Administradores Delegados, promover nos Hospitais, onde exercem as suas práticas, a articulação entre a GPO e a GQ.

Como se procurou salientar em capítulos anteriores, é através destes que se poderá identificar, os recursos pertinentes nas estratégias de valorização e revalorização da GPO, enquanto vertente estratégica da GQ.

É, este entendimento dos limites e possibilidades das estratégias da GPO e da GQ, que encerra os parâmetros teóricos centrais, subjacentes a esta investigação.

Chegados a este patamar de construção teórica, prossegue-se o seu desenvolvimento no recurso a teorias auxiliares que permitam aprofundar cada uma das dimensões constitutivas do objecto teórico.

## **1.2. As Teorias Auxiliares**

Equacionam-se neste nível de análise, e através do recurso a contributos teóricos de diferentes áreas do conhecimento de gestão, as específicas naturezas da GPO e GQ e as categorias analíticas que, num contexto hospitalar as objectivam. Trata-se, portanto, de consolidar a visibilidade teórica da pertinência e operatividade destes conceitos e do modo como se inscrevem no campo hospitalar.

Como ficou expresso no quadro anterior, a GPO, assume particular centralidade na determinação estratégica a adoptar para a implementação dum Sistema de Gestão da Qualidade no Hospital. Na medida, em que é através deste vector analítico central, que decorrem as desiguais potencialidades estratégicas que os diferentes AD(s) operacionalizam.

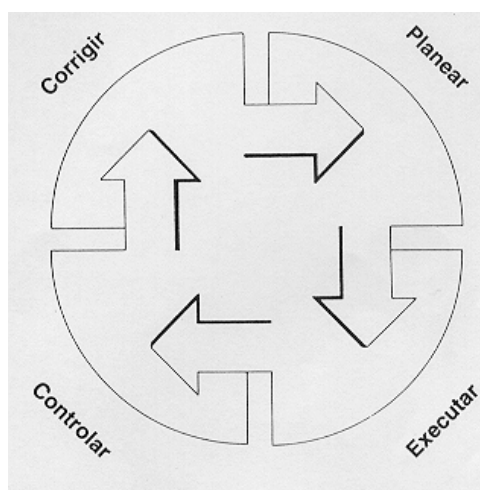
### **1.2.1. GPO nos Hospitais**

A GPO, enquanto vertente estratégica de um Sistema de Gestão da Qualidade, não poderá ser episódica, conjuntural ou exercitada apenas por alguns Administradores ou chefias mais disponíveis. Pelo contrário, a gestão do topo terá de formar os restantes gestores e chefias, nomeadamente, através da acção demonstrativa do seu quotidiano, proporcionando, se necessário, formação adequada ao pessoal de enquadramento.

O gestor, terá uma postura estratégica ”... *actuando segundo os objectivos e parâmetros estratégicos do organismo ou serviço e não como simples cumpridor de normas...*” (Hart, 1994, p.359).

Os velhos princípios de controlo, chefia e obediência têm sido questionados, na medida em que o mundo actual das organizações de saúde, é demasiado complexo para separar de forma «lucrativa», os pensadores dos fazedores. Estes princípios tradicionais têm de ser substituídos por outros princípios baseados no trabalho em equipa, consenso e criatividade. Na etapa deste novo ciclo de gestão, esquematizam-se as etapas e seus desenvolvimentos (**nota 6**), conforme ilustra a Figura 1.

**Figura 1**



**Fonte:** "Qualidade em Serviços Públicos", Secretariado para a Modernização Administrativa baseado em Deming

Para que estas mudanças sejam operadas é necessário, não só, a mudança do comportamento da gestão, como o envolvimento dos actores da organização, assim como a explicitação precisa e concisa do conteúdo programático das mudanças, e que se podem resumir em: medir e avaliar os processos e não as pessoas; eliminar os objectivos divisionistas; afastar as barreiras à comunicação; reconhecer que as pessoas querem fazer um bom trabalho; ajudar as pessoas a fazer um bom trabalho; dar poder às pessoas para agir; liderar em vez de comandar; ouvir em vez de se limitar a falar; reter um objectivo ou visão constante.

Sendo a «participação», uma inovação estratégica -- com impacto em toda a organização, por longo tempo, e estruturante de meios de comunicação interactivos -- é natural que suscite alguns receios.

Têm de ser feitos esforços, para superar o «medo da participação», com mecanismos de ajuda às chefias intermédias, pois a GPO induz, de alguma forma, a penalização de estilos de gestão autoritários, paternalistas e do tipo «deixa andar».

A OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) de que Portugal é membro, aconselha um quadro de referências gestionárias contraposto à ideologia regulamentarista, em que, entre outras refere que:

- A política do organismo, seja estabelecida pela definição de objectivos e não por normas administrativas;
- A gestão, seja participativa e não autoritária;
- A gestão dos recursos, seja descentralizada e flexível e não hierarquizada com controlos rígidos.

Ora, como todos sabemos, os hospitais não podem funcionar na base da mera improvisação. De onde emerge, a formulação da estratégia global da instituição, enquanto actividade de primordial importância para o garante da obtenção, de índices de sucesso. A escolha estratégica, deve ter em conta as potencialidades e as limitações de cada instituição e, a partir daí, satisfazer as necessidades e a procura da sua área de influência. Cada vez mais, os Hospitais serão confrontados com a necessidade de competição, sob condições de risco, com os seus concorrentes.

Porém, qualquer estratégia, passa pela «qualidade de serviço» e exige que se implementem os meios necessários para a sua execução. Como esses meios envolvem o Hospital como um todo, todos os níveis de gestão - o institucional, o intermédio e o operacional - têm de assumir esse «plano» como um desafio.

Depois de definidas as estratégias, há que as implementar e essa implementação, exige que se defina um plano básico - **o planeamento estratégico** - instrumento imprescindível ao funcionamento do Hospital como um todo. E o «*planeamento estratégico*», necessita de se apoiar nos planos dos serviços inseridos na estrutura organizacional.

Apesar das dificuldades que se levantam à planificação estratégica das actividades das instituições de saúde, resultante da combinação de variáveis tão complexas como o são: os seus objectivos; o seu potencial, o meio envolvente e as necessidades dos seus utentes, o Hospital não pode deixar de planear a sua actividade.

Como o «*planeamento estratégico*», é genérico e abrangente, ele precisa depois de ser desdobrado em planos táticos a nível intermédio, cada qual voltado para o seu serviço, tendo sempre a obtenção da «qualidade», como fim último, expresso na avaliação dos resultados e incorporando-se nas preocupações legítimas que fazem parte do modelo profissional do gestor hospitalar.

Para se fixarem objectivos, torna-se assim fundamental garantir a convergência dos objectivos individuais com os objectivos globais da organização e desta com os do respectivo Sistema de Saúde. Só deste modo, será garantido a coerência e homogeneidade que a organização hospitalar necessita. Sendo assim, os objectivos a definir, para se tornarem operacionais, devem reunir as seguintes características: devem ser coerentes entre si, devem ser capazes de gerar entre si os necessários instrumentos de medida e controlo da sua eficácia e, devem ser animados de uma dinâmica motivadora de todos os agentes integrados no processo.

Mesmo que os objectivos sejam definidos de uma forma explícita e não ambígua, há que equacionar o problema das interpretações que deles são feitas pelos membros das organizações. Em qualquer organização, a interpretação oficial dos objectivos é sempre temperada pelos entendimentos particulares dos grupos profissionais que pertencem à organização. E, se considerarmos a tendência analítica de estabelecer uma relação íntima e exclusiva, entre a estrutura formal e os objectivos explicitamente definidos, então ficam esquecidos, às vezes de uma forma inexorável, as ambiguidades e os conflitos que envolvem essa definição e que apesar de tudo, não comprometem a estabilidade da estrutura social do Hospital.

### 1.2.2. Gestão da Qualidade nos Hospitais

À semelhança de qualquer organização, também as organizações de saúde, devem ter uma política, e a palavra política, não tem nada que deva surpreender aqui. Com efeito, qualquer organização tem uma política geral, declarada ou não, formada por um conjunto de princípios que orientam as suas decisões.

A política, define princípios e objectivos gerais, a estratégia prevê e ordena os meios capazes de alcançar os objectivos fixados. No que diz respeito à «qualidade», um Hospital, pode estabelecer numerosas estratégias, adaptadas às circunstâncias. Sendo essas estratégias, contempladas com um «programa» de GQ e respectivo «plano» de acção.

O «plano» e o «programa», segundo Werwilghen (1995, p.18), "*...dão duas visões diferentes e complementares da GQ. O plano de acção sobre a «qualidade» dá uma visão no tempo, e o programa de gestão dá uma visão no espaço....*".

Perante tal enquadramento, emerge a leitura de que cabe à Administração do Hospital definir uma política da «qualidade» que seja clara, baseada em valores e conceitos operativos, comunicados a todos na organização, e procurando o compromisso de todos com a aplicação dessa política. Segundo o mesmo autor (1995, p.15) "*...A política da «qualidade», além de documentada para que o compromisso da direcção seja publicamente assumido, deve traduzir-se em objectivos quantificados...*". Ao definir objectivos, a Administração (não é demais referenciar), deve também obrigar-se a atribuir os recursos necessários e suficientes.

É ainda, da responsabilidade da Administração, estabelecer de forma organizada, responsabilidades pela prossecução da sua política e objectivos da «qualidade». O que, implica que os responsáveis que gerem, executam e verificam o processo de prestação dos serviços, tenham autoridade e autonomia suficiente para assumir as acções decorrentes dos seus objectivos da «qualidade». E também, para aplicar as medidas preventivas e correctivas necessárias e suficientes, ao longo da prestação do serviço.

Ao definir responsabilidades e autoridade, a Administração, define que qualificações, formação e experiência, devem ter o pessoal que realiza as diferentes tarefas, para que sejam coerentes, com a política de «qualidade» que estabeleceu. Define ainda, como é que essas responsabilidades são expressas no organograma do Hospital (formalizado ou não) para que todos as conheçam. Deve ficar claro, o que é que cada um está autorizado a fazer e o que é que, não está autorizado a fazer. É ainda, responsabilidade indelegável da Administração do Hospital, fazer prova de que a direcção é o elemento activo na revisão do Sistema de Qualidade implantado. É a avaliação ao mais alto nível da funcionalidade e da eficácia do sistema.

A Administração tem de ser a primeira a assumir a responsabilidade pelo disfuncionamento do Hospital, tem de se empenhar directamente na procura de melhorias e dos meios de o conseguir, e tem de usar toda a autoridade - delegando-a em quem, dela precisa - para fazer cumprir as melhorias introduzidas, expressas em acções preventivas e correctivas.

Porém qualquer medida de natureza instrumental, só surtirá efeito, se os gestores em todos os níveis, assumirem e viverem empenhadamente a mensagem da «qualidade» e a souberem transmitir a todos os restantes agentes. A «qualidade», advém pois, de uma atitude individual e colectivamente assumida, pelo complexo social e profissional que é o Hospital.

Só pela via das mudanças nos comportamentos, nas posturas, enfim nas atitudes, se conseguirá sucesso para as acções preconizadas, no sentido de «oferecer» melhores cuidados de saúde aos utentes. E, a única forma de sucesso, é a «diferença, de uma forma significativa». E nenhuma diferença, é mais significativa que a «qualidade» do desempenho dos Administradores, expressa em última instância, nos AD(s).

Na medida em que os objectivos dos Administradores Hospitalares, além de gerir hospitais, sustentados em critérios de eficiência devem também fornecer cuidados de saúde bem sucedidos, com «qualidade» (efectividade), bem como promover a racionalização dos recursos de modo a abranger o maior número possível de utentes.

A missão dos Administradores terá de desenvolver-se, nos respectivos hospitais, em domínios distintos:

- Alertar continuamente para a necessidade de adopção de atitudes individuais, geradoras de posturas colectivas e institucionais, procurando sobretudo, sensibilizar, incentivar e facilitar uma afectiva e progressiva mudança de atitudes, que levará a resultados estimulantes e reveladores, de que a «qualidade» compensa social e tecnicamente;
- Planificar e orientar a afectação de recursos a acções concretas de reconhecida utilidade e avaliar os seus resultados.

Missão, que para ter sucesso, terá de contar com a adesão e empenhamento de todos os que na primeira linha, têm por dever prestar serviços na já referida cadeia de saúde.

Nos Hospitais, tal como nas outras áreas de actividade, o objectivo de qualquer Sistema da Qualidade é satisfazer e servir o utente, proporcionando-lhe a confiança necessária nos produtos ou no serviço que lhe estão a fornecer. Logo, o grande desafio, nos Hospitais, está centralizado na deslocação dos esforços da área da prestação, para a área da concepção do próprio «serviço». Pois se o «serviço» não for bem concebido, não irá de encontro às necessidades do utente, do prestador, nem da própria gestão do «serviço». E esta desagregação sustentada no controle à posteriori, tenderá a auto-alimentar-se e a transformar-se numa imensa burocracia.

Efectivamente, com atrás já se referiu, a posição do «problema da qualidade», é uma questão dos nossos dias e resulta, segundo o Prof. Caldeira da Silva (1985), da convergência dos seguintes factores: *éticos; segurança; económicos; sociais* e de variabilidade no nível de «*qualidade dos cuidados*».

É reconhecida e aceite a nível da comunidade científica internacional, a expressão «*garantia da qualidade*», para a área do conhecimento dos cuidados médicos hospitalares. Trata-se de uma expressão sinónima de «controle de qualidade», mas que foi substituída por aquela devido às suas conotações negativas.

Numa acepção mais abrangente, a designação «*garantia de qualidade*» tem como finalidade a avaliação e a melhoria da «qualidade». O conceito inclui, portanto, dois

aspectos essenciais: a avaliação propriamente dita e as medidas correctivas com vista a modificar a produção dos cuidados de saúde no sentido desejado.

Nesta lógica conceptual, a «*garantia de qualidade*» («*quality assurance*»), é entendida como o “...*processo sistemático, organizado e contínuo da análise crítica e avaliação da «qualidade das prestações médicas» e da utilização de recursos, usando critérios objectivos acrescidos das conseqüentes mudanças e correcções encontradas...*” (Silva, C.,1985).

A «*avaliação da qualidade*» («*quality assurance*»), consiste na medida do nível de «qualidade dos serviços» prestados num determinado momento, sem que isso, implique um esforço de mudança ou de melhoria das prestações.

A expressão «*garantia da qualidade*», é tomada como um processo contínuo e dinâmico de objectivo permanentemente inatingível, que por um mecanismo de «*feed-back*», introduz factores de regulação e correcção de deficiências em relação a padrões previamente fixados e aceites como válidos pelos diferentes intervenientes no processo.

Para garantir a sua eficácia a longo prazo e não suscitar reacções negativas, este processo de avaliação deve ser feito pelos próprios profissionais de saúde (auto-avaliação). A avaliação da qualidade das prestações médicas é, deste modo, entendida como uma valorização da actividade profissional, voluntária, local, inter-pares e nunca como um processo administrativo e coercivo.

Mas num programa geral de «*garantia de qualidade*» o elemento fundamental, é a definição de «qualidade de cuidados», na qual se fundamentam todos os mecanismos da avaliação. Todavia, esse é um aspecto do problema, complexo, controverso e por vezes confuso, por isso, importa discernir alguns dos seus aspectos.

A multiplicidade de definições do conceito de «qualidade de cuidados» encontrados na literatura, evidencia essa complexidade e dificuldade do problema.

As divergências existentes, oscilam entre as abordagens mais ambiciosas que pretendem ser, ao mesmo tempo, exaustivas, lógicas e coerentes e as abordagens parciais definidas em função do método preconizado para a medição da «qualidade».

Para B.C. Payne (1985, p.60) a «qualidade» "...é o nível de perfeição atingido no processo de diagnóstico e terapêutica baseado no conhecimento das ciências exactas e das ciências humanas...". Segundo D.D. Rutstein (1981, p.252), a "...qualidade é o efeito dos cuidados sobre a saúde dos indivíduos e das populações...".

Enquanto a definição de Payne, acentua a relação que deve existir necessariamente entre o processo e o resultado, enfatizando, sobretudo, o aspecto técnico dos cuidados, Rutstein privilegia os resultados.

Para os diferentes autores a «qualidade dos cuidados», ou não é definível por um critério único e exaustivo, ou reconhecem, a existência de múltiplas definições parciais.

Com objectivos de sistematização é comumente aceite, que o conceito de «qualidade», envolve um conjunto de componentes fundamentais da actividade médica que se podem definir e quantificar.

Numa dimensão mais holística e abrangente, para a definição da Qualidade Global das «prestações de saúde», a O.M.S., distingue três componentes: **grau de adequação; rentabilidade e qualidade científica e técnica.**

Contudo, em cada uma, é possível identificar factores de «qualidade» mais específicos. A este modelo Vuori (1982), acrescenta mais um traço:-- **a eficácia dos cuidados.** Assim:

- A **eficácia**, é a relação entre o impacto dum prestação ou de um programa num sistema de saúde existente e o seu impacto potencial total, numa situação ideal;
- A **rentabilidade**, mede a relação entre impacto efectivo dum prestação ou dum programa e o seu custo;
- O **grau de adequação**, estabelece a relação entre as prestações oferecidas e as necessidades da população;
- A **qualidade científica e técnica**, é a medida como são aplicadas nos cuidados os conhecimentos e as técnicas de momento.

Numa perspectiva mais lata, a **disponibilidade**, a **acessibilidade**, a **conveniência**, a **continuidade** e a **globalidade**, assim como os **factores de humanização** e o **grau de satisfação do utente**, são considerados, por alguns autores, outras tantas componentes da «qualidade dos cuidados».

Outro traço importante da «qualidade», é a relação entre a quantidade e a «qualidade dos cuidados» prestados. É óbvio, que a quantidade insuficiente de cuidados, deteriora a «qualidade»; cuidados excessivos, aumentam os riscos e os custos. A ausência de cuidados indispensáveis ou apropriados, traduz-se pois, na ausência de «qualidade».

A avaliação do processo, visa de uma forma dinâmica, a análise dos padrões organizacionais, de diagnóstico e terapêutica das prestações médicas propriamente ditas. É um método directo de avaliação. As técnicas mais comuns nos E.U.A., no âmbito deste método de avaliação são, a **revisão de utilização** e «**audit**» **médico**.

O «audit» **médico** (ou revisão inter-pares), é uma técnica de aplicação interna que retrospectivamente visa apreciar e, se possível, melhorar os procedimentos de natureza clínica e os resultados de problemas de saúde que ocorrem frequentemente, socorrendo-se da comparação entre a prática hospitalar concreta e a que seria idealmente possível.

As técnicas de revisão de utilização, de carácter mais administrativo e económico que médico, visam apreciar a decisão do internamento e da sua duração.

Finalmente, o método de **avaliação de resultados**, procura avaliar o efeito, nos doentes ou na sua população, decorrente das prestações médicas.

Sem a objectivação das categorias analíticas referenciadas, dificilmente se entenderá que a natureza do desafio da Qualidade nos Hospitais terá de ser respondido com profissionalismo. E também, porque a dignidade pessoal de todos é valorizada com a erradicação de alguns estigmas derrotistas sobre a função pública, que intermitentemente afloram a sociedade portuguesa.

Com este conjunto de categorias analíticas, e através das noções operatórias que nestas se salientaram, ficam definidos os instrumentos conceptuais que permitirão apreender, tanto as específicas configurações dos contextos de trabalho diferenciados por desigual incorporação assistencial, como os específicos constrangimentos e possibilidades que estes apresentam para as estratégias de gestão dos Administradores Delegados.

Com esta abordagem, ficou concluída a formulação do quadro teórico que sustenta a investigação, e ao longo do qual se foram salientando as específicas articulações e fundamentos teóricos da cada uma das dimensões convergentes no seu objecto e problemática.

Estão, assim, reunidas as condições para a formulação da **hipótese central** que presidiu ao subsequente desenvolvimento e operacionalização da pesquisa.

## 2- Hipótese Central de Investigação

Da relevância conferida, no desenvolvimento do quadro teórico, aos processos que mediatizam a operacionalização da GPO, no espaço das relações e práticas de produção de cuidados de saúde, decorre, que será através da sua desocultação que se poderão apreender as modalidades e os espaços de mudança que, no actual contexto de crescente especialização dos Hospitais, vêm assinalando o «campo da gestão».

É, tomando este, como o primeiro plano de referência, que se formula, enquanto hipótese central da investigação, que **nas modalidades quotidianas de acção de gestão, por parte dos Administradores Hospitalares, se estruturam estratégias que permitam a operacionalização da GPO, enquanto vertente estratégica da GQ.** A determinação dessas formas de acção, constituí-se, assim, na variável dependente da hipótese.

Introduzindo como segundo plano de referência, a sustentação teórica, relativa às desiguais possibilidades estratégicas, que se inscrevem nos contextos de trabalho e nos diferentes recursos dos A.D.(s).

Considera-se, que essas estratégias de gestão, nas suas formas de accionamento e consolidação, estão condicionadas, tanto pela natureza dos contextos concretos de trabalho, diferenciada na sua maior ou menor especialização, incorporação tecnológica e movimento assistencial, como pelas clivagens geracionais, como pelos constrangimentos organizacionais, que se reflectem neste grupo profissional, em termos de operacionalização dos recursos cognitivos que transportam. É, em torno destas três dimensões que são constituídas as variáveis independentes.

Desagregando-se seguidamente a hipótese nas suas componentes constitutivas, especificam-se os níveis de articulação que nesta se estabelecem.

Assim, atendendo às diferentes margens de “incerteza/indeterminação” que se inscrevem em contextos de trabalho com desigual especialização e desigual movimento assistencial, sustenta-se que, será nos contextos em que a produção se organiza em torno do maior movimento assistencial, que as possibilidades e modalidades estratégicas destes

profissionais se revelarão de maior alcance para a implementação da GPO, conferindo maior visibilidade e operacionalidade à GQ.

Por outro lado, as clivagens geracionais que, actualmente, se inscrevem neste grupo em termos da sua «experiência profissional», traduzem-se não só em diferentes recursos a nível de saberes formais e, portanto, de diferentes recursos para a reconversão das categorias cognitivas accionadas no seu campo de trabalho, como também, em diferentes referentes simbólicos no domínio gestionário, visando a «qualidade».

Sustenta-se, então, que estas clivagens dão lugar a diferentes possibilidades de modalidades de acção gestionária (atitudes, comportamentos), sendo entre as gerações menos jovens, e nos contextos de menor movimento assistencial, que se revelam as estratégias com maior alcance no accionamento da GPO, enquanto vertente estratégica para a Gestão da Qualidade.

Como corolário destes postulados, inclui-se uma última componente, sustentando que as modalidades de constrangimento organizacionais, que vêm emergindo como factor redutor das práticas deste grupo profissional, estarão, também a dar lugar à reconfiguração das formas de objectivação da concepção de gestão dos AD(s) e o desfasamento entre as práticas de gestão exercidas.

Convergem nessas formas, por um lado, a crescente centralidade conferida à «qualidade», na fundamentação e legitimação das práticas profissionais, por outro lado, a sua dependência das características estruturais do «lugar» de concretização dos actos de elevada performatividade. Enuncia-se, então, a tendencial associação entre a GPO e a GQ. Formulada a **hipótese central**, nas suas componentes constitutivas e nas variáveis que a estruturam, ficaram determinadas as dimensões que delimitam o campo empírico de análise. A explicitação dos instrumentos teóricos adoptados para a sua operacionalização constitui o ponto seguinte, com o qual ficará concluída a construção teórica da investigação.

## Capítulo II

### Metodologia da investigação

#### 1. A Seleccção do Campo Empírico

Constituindo os objectivos da investigação, o critério central para a selecção do campo empírico de análise, decorrem destes, as diversas razões que determinaram a opção pelo contexto hospitalar.

Figuram nessas razões, por um lado, o carácter de espaço institucional privilegiado que o Hospital tem representado na gestação e consolidação das dinâmicas profissionais dos Administradores Hospitalares, e que lhe advêm da conjugação de factores de natureza vária, de onde sobressaí, a sua centralidade no sistema global de prestação de cuidados de saúde.

A especificidade deste contexto, constitui-o em espaço central de contínua estruturação e reestruturação de estratégias profissionais e, portanto, em espaço nevrálgico para a sua apreensão, dos limites e possibilidades das estratégias de valorização dos Administradores Hospitalares.

Por outro lado, a génese dos Administradores Hospitalares enquanto grupo socioprofissional, e a sua particular dependência desta instituição, contribuem igualmente para se considerar a opção por este contexto como a mais adequada.

Acrescendo ainda nesta ordem de razões, o facto de a maioria dos profissionais de Administração Hospitalar, exercer a sua actividade em instituições hospitalares.

Assim, e concomitante à opção pelo contexto hospitalar, foi excluída a probabilidade de fazer abranger no campo empírico da investigação outros contextos de produção de cuidados de saúde, como por exemplo, os relativos aos cuidados de saúde primários.

Sublinhe-se contudo, não estar subjacente a esta exclusão julgarem-se os contextos de cuidados de saúde primários subestimáveis. Considerou-se, que as particularidades técnicas e sociais destes e a fraca/nula implantação dos profissionais de Gestão Hospitalar, nestes

contextos, tornavam metodologicamente incompatível a inclusão dos dois tipos de contextos num mesmo campo de análise.

Decidida a delimitação do campo empírico de análise, seleccionaram-se para o estudo todas as instituições que compõem o tecido hospitalar português: Hospitais Centrais; Hospitais Distritais Gerais e Hospitais Distritais Nível 1.

Os critérios que determinaram a escolha de toda a rede hospitalar nacional, resultaram da conjugação de dois objectivos.

Por um lado, permitir abranger contextos marcados por diferentes formas de gestão, com diferentes estruturas organizacionais, valências, movimentos assistenciais e tecnologias diferenciadas, possibilitando, assim, controlar o seu eventual efeito sobre a «qualidade». Por outro lado, abranger a máxima diversidade de escalões etários e respectiva experiência profissional, entre os profissionais de Administração Hospitalar, que desempenham actualmente funções de AD(s).

Esta «questão etária» foi, desde o início, considerada de particular relevância para as opções metodológicas, dado estar fortemente correlacionada, como padrão de «experiência profissional», no exercício das práticas de Administrador Delegado, e este constituir uma das variáveis independentes da hipótese central da investigação.

Como unidades de observação, foram seleccionados trinta e seis AD(s) e respectivos hospitais, após aplicação de um primeiro questionário (ver anexo 1), a todo o universo de trabalho, composto por, cento e sete AD(s), de modo a efectuar-se a definição da amostra (**nota 7**). A escolha destes Hospitais foi igualmente determinada pela hipótese central, já que nela se postula a existência ou não de «**Comissões de Qualidade**». Na medida, em que só terão interesse analítico, os contextos onde existiam processos de operacionalização da «qualidade», devidamente estruturados.

Tendo sido esta condição que presidiu à selecção da amostra. Para a selecção da mesma, foi utilizado o método da amostra probabilístico (**nota 8**).

Com a selecção do campo de análise em que a investigação veio a decorrer, ficou delimitado o campo empírico.

## **2. As Técnicas de Recolha de Informação**

Para a recolha de informação foi adoptada, uma única técnica central. Como técnica central, foi privilegiado o «questionário» (**nota 9**). Considerou-se ser esta, que melhor se adequava aos objectivos da pesquisa, já que estes implicavam identificar não apenas as representações que os AD(s) têm da concepção de gestão, assim como, a operacionalização da mesma nos diferentes contextos de trabalho, mas também, os processos e as relações de «participação» que desencadeiam, visando a «qualidade», através da GPO. E, simultaneamente, obter-se a informação respeitante aos dados necessários para a identificação da diversidade interna deste grupo.

A aplicação dos questionários foi efectuada em duas fases, depois de feito o respectivo pré-teste (**nota 10**). Os questionários foram enviados via postal, tendo-se procurado assegurar as condições necessárias para o reenvio. Por outro lado, fizeram-se sempre acompanhar de uma carta de apresentação, onde se explicava o carácter exclusivamente académico da pesquisa, de modo a eliminar, até ao limite possível, alguma suspeição dos inquiridos quanto aos objectivos de pesquisa e quanto à garantia de anonimato da informação recolhida.

Na primeira fase foram aplicados questionários a todos os Administradores Delegados (questionário I - anexo1), durante dois meses. Esta opção visou, por um lado, permitir ao investigador o conhecimento dos contextos, no sentido de identificar os que possuíam «Comissões de Qualidade» em funcionamento, de modo a identificar a amostra, a qual se veio a traduzir em, **trinta e seis Administradores Delegados**, dos setenta e oito (72,8%) que responderam, ao primeiro questionário.

Na segunda fase foi enviado novo questionário (questionário II – anexo 2) de conteúdo diferente, dirigido à população que compunha a amostra.

É um facto, que a entrada no campo de investigação, constitui sempre uma etapa particularmente delicada, e no caso em análise, falar das dificuldades sentidas na aplicação do «questionário», impõe-se.

Como já foi referenciado, na abordagem efectuada aos inquiridos, era salientada em informação adicional, a importância de que se revestia a variável «tempo», do reenvio do questionário devidamente preenchido. Procurando-se assegurar, o tempo suficiente, para o tratamento e análise da informação a recolher.

Contudo, foram necessários aproximadamente três meses, para que se pudesse reunir os trinta e seis questionários. Conscientes, de que esta condição não podia ser totalmente controlada, foi tentada na medida do possível, acreditando sempre na disponibilidade dos AD(s).

Após a recepção, tratamento e análise da totalidade dos questionários, não se consegue evitar o sentimento de, não ter sido esgotada, toda a informação possível de recolher. Assumimos que, poderia ter sido utilizada, outra técnica adicional, de modo, a que algo mais, pudesse ter sido acrescentado à informação acumulada. Mas aí, o discricionário critério do «*fundamental e do acessório*» terá que resolver e encerrar esse dilema. Foi também esse o critério, no caso desta investigação.

### **3. Técnicas de Tratamento da Informação**

Para o tratamento da informação recolhida com os questionários, foram utilizadas diferentes técnicas quantitativas. Recorreu-se à Análise Factorial de Correspondências, para o tratamento das variáveis utilizadas na definição da concepção e práticas de gestão, e à Análise de Correlação para a identificação de eventuais associações entre as variáveis, tendo-se, ainda, recorrido à construção de matrizes através de Testes Não-Paramétricos (**nota 11**).

Antes de iniciar-se a análise da informação, torna-se indispensável evocar o carácter sempre aproximativo do real que reveste qualquer metodologia estatística adoptada como estratégia de análise.

No domínio das práticas e concepções de gestão dos AD(s), não é possível abranger, ou tornar redutível, toda a complexidade dessa análise, à rigidez das fronteiras dos instrumentos estatísticos. Por isso, o alcance de interpretação que a partir destes instrumentos se desenvolve em relação ao comportamento dos AD(s) face ao impacto da GPO na GQ, não pode deixar de ser limitado à desocultação das regularidades encontradas, não esgotando, portanto, toda a complexidade das suas manifestações.

É neste entendimento que se enquadra a interpretação dos dados a apresentar na Terceira Parte, e os subsequentes enfoques analíticos que a partir destes, seguidamente se desenvolvem.

Explicitadas as técnicas de tratamento da informação, fica concluída a sistematização da metodologia que presidiu ao trabalho da pesquisa empírica.

## SEGUNDA PARTE

### Capítulo I

#### **Sociografia da Investigação**

Neste primeiro capítulo de tratamento e análise da informação empírica é feita a sociografia dos actores e dos contextos, enquanto etapa indispensável para a subsequente incursão nos domínios centrais do objecto de pesquisa.

A sociografia dos actores, é elaborada a partir de uma bateria de indicadores de caracterização recolhidos por questionário, e com os quais se definem os atributos e características destes Administradores Delegados.

Com esta caracterização procura-se identificar a heterogeneidade dos recursos e das concepções de gestão que incorporam, os recortes geracionais que se retraduzem nessa heterogeneidade e, ainda, a desigual incidência dessa heterogeneidade em cada tipo de Hospital.

Para a sociografia dos contextos, a caracterização é feita globalmente para todos os Hospitais, na medida em que o anonimato da recolha de informação não permitia identificar o Hospital, mas apenas enquadrá-lo na tipificação da D.G.S.. O que, torna difícil, efectuar a caracterização, quer quanto à sua «configuração espacial e funcional», quer quanto à «natureza do trabalho».

#### **1. Caracterização dos Actores**

Tendo-se constituído em objecto de análise os Administradores Delegados, dos hospitais, onde existem «*Comissões de Qualidade*», e que, simultaneamente apresentam «*Programas de Qualidade*» em curso, ficaram abrangidos pelo estudo um total de 36 Administradores Delegados, o que, representa a população inquirida por questionário durante a investigação.

A composição desta população, no que respeita à representatividade de cada um dos hospitais, embora não seja equitativa, porque os contextos também são diferenciados não só em número de camas, como de valências e respectivo movimento assistencial que lhes estão associados, apresenta contudo, a proximidade estatística suficiente para tornar válidas as comparações a realizar, sustentadas através do Teste de Aderência de Kolmogorov-Smirnov (**nota 12**).

Assim, para a análise da composição social desenvolvem-se os respectivos indicadores. Em termos de composição por «sexo», figura como largamente predominante o sexo masculino 80,6% o que, reitera a dominância masculina que histórica e holísticamente, tem assinalado a gestão, e, a que a gestão hospitalar globalmente não é alheia.

Ao analisar-se esta população, face à sua distribuição pelo «ano em que terminou o curso», constatou-se uma relativa predominância do final da década de 70 (30,6%) e início da década de 80 (44,4%).

A distribuição dos elementos do sexo feminino pelo «tipo de hospital», apresenta-se díspar, com maior predominância nos Hospitais Centrais (57%), enquanto a população masculina, apresenta maior incidência nos Hospitais Distritais (62%).

A população inquirida, face ao tempo de exercício da «função de AD», concentra-se maioritariamente no escalão entre 4 anos a 10 anos (52,8%).

Por outro lado, são os elementos do sexo masculino, que exercem funções de AD, à mais tempo (55,1%), a que não se encontra alheio, também, o facto, de serem estes os que apresentam uma maior mobilidade na sua trajectória profissional, embora nem sempre ascendente (22%), pois constata-se uma tendência para uma mobilidade estacionária (71,8%), na medida em que estes últimos, têm transitado em hospitais do mesmo nível (**nota 13**).

Por último, quanto à sua composição em termos de «permanência no mesmo hospital», verifica-se uma repartição quase equitativa entre os AD(s) que já exercem as funções de AD(s), duas vezes (18,3%) e três vezes (19,7%), a que não está alheio, a par de outros

factores de natureza macro-social, a experiência profissional e a «qualidade» do trabalho produzido.

Analisando os diversos indicadores de natureza sociográfica desta população, fica salientada a desigual composição em termos de sexo, nos recortes geracionais a que esta dá lugar, tendo também adquirido visibilidade a sua diferenciada distribuição pelos diferentes tipos de hospitais, com a tendencial predominância de serem as gerações que adquiriram a formação académica, em finais da década de 70, as que têm uma trajectória profissional mais relevante.

Mas nesta caracterização sociográfica, a heterogeneidade sexual e de «experiência profissional» dos AD(s), não deixou de indiciar-se como peculiaridade conjuntural, que tende a esbater-se com a progressiva uniformização da sua formação académica (**nota 14**).

## **2. Caracterização dos Contextos**

O Hospital, constitui-se hoje como um dos elementos mais complexos e multifacetados dos sistemas de saúde. À medida que sobre ele procurámos ter uma visão mais abrangente, simultaneamente, aumentou a sua complexidade e diversidade.

Pela especificidade das situações que convergem endogenamente, contribuem para essa complexidade, as características internas de diferenciação e integração organizacionais os seus objectivos, as suas estratégias, a tecnologia utilizada, as aspirações dos seus funcionários e agentes.

Do ponto de vista exógeno, são bem conhecidas as influências do ambiente externo repleto de contingências, restrições, pressões e incertezas que se sucedem sem se revelarem antecipadamente com a necessária clareza e nitidez.

Por outro lado, factores económicos, políticos, sociais e culturais, legais e tecnológicos, aliados à crescente limitação e escassez de recursos, exigem respostas e estratégias capazes de assegurar a sobrevivência e a eficácia em situações de difícil diagnóstico e de acentuada incerteza. Para tal, o Hospital necessita de continuamente redistribuir, reafectar e reconciliar os seus recursos e tecnologia disponível, com os seus objectivos e com as necessidades dos seus utentes.

Contudo, constatamos que o Hospital apresenta alguns traços salientes de uma organização burocrática (**nota 15**), ao qual, não é alheio o seu crescimento em tamanho e em complexidade. O crescimento do pessoal, a multiplicação dos serviços e das especialidades médicas e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura do poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da Administração profissional.

Simultaneamente tem-se modificado a fisionomia das clientela hospitalares, integrando classes sociais com maiores exigências de «*qualidade dos actos médicos*» e com expectativas do Hospital, como lugar de alta tecnicidade e organizado sob novas formas de racionalidade e eficácia.

Estes processos de mudança, solicitam o abandono das formas ancestrais de gestão hospitalar, tornando-a mais flexível à emergência de novas estruturas de poder e a novos rearranjos na relação de forças entre os diversos grupos profissionais que se movimentam no hospital, conforme já referenciámos no quadro teórico.

Estamos portanto, perante dados indiciadores, quiçá, tradutores de mudança operada na atitude e comportamentos dos vários agentes, em que não mais será possível conceber a organização com uma dinâmica, na qual uns pensam, decidem, chefiam e controlam, o trabalho dos executantes que se limitam a obedecer. O tempo em que esta filosofia era a trave da organização do trabalho --lembramo-nos de Ford, Taylor e Fayol -- já passou. No entanto, é forçoso estar atento, porque se nalgumas organizações hospitalares aqueles modelos «morreram» ou pelo menos estão «moribundos», ainda em número muito significativo, estão fortemente presentes, apesar de eventuais alterações organizacionais operadas.

Tendo o Administrador Delegado um papel fundamental, enquanto, um dos elementos promotores da alteração desta situação, gerando condições que facilitem a introdução das mudanças necessárias.

Sendo, neste contexto que enquadrámos os AD(s), a inquirir, porém não é possível estabelecer maior rigor analítico, pelas razões já referenciadas.

Contudo, é curioso salientar, que nesta caracterização sociográfica da amostra, a predominância dos contextos (tipificação hospitalar), nos remeter mais para os Hospitais Distritais Gerais (**nota 16**). O que demonstra, ser nestes que se verifica uma existência de maior número de «*Comissões de Qualidade*».

Concluída a caracterização sociográfica dos actores e dos contextos, ficaram identificados os factores de diferenciação dos constrangimentos e possibilidades para as estratégias da GPO, que visam a GQ, inscritos, quer nos desiguais recursos socioprofissionais, quer nos específicos contextos quotidianos das práticas dos Administradores Delegados.

## Capítulo II

### CONCEPCÃO DE GESTÃO

Tendo como preocupação analítica, o procurar perspectivar a **Gestão Hospitalar**, como uma prática social complexa, voltada para a congregação e o controlo de outras práticas respeitantes à actividade nobre do Hospital — *a área da produção*. Tentou-se, dar conta das tensões e dificuldades sentidas pelos AD(s), quer no que respeita aos seus aspectos organizacionais, quer como membros de um grupo socioprofissional, em interacção com outros grupos profissionais.

Ao avaliarmos a opinião da população face aos «**critérios**» que melhor orientam a «**tomada de decisão**» (ver Quadro I), verificamos a existência de uma maior preocupação por parte dos AD(s), para os resultados finais, expressos na «*qualidade do serviço*», passando pelos «*projectos de reorganização interna*», assim como pela dimensão orientada para o exterior, expressa na «*acessibilidade*» e «*equidade*».

Quadro I

<b>Crítérios mais Prioritários</b>	<b>Crítérios menos Prioritários</b>
<b>1. Qualidade de serviço</b>	<b>1. Económicos</b>
<b>2. Projectos de reorganização</b>	<b>2. Melhoria das condições de Trabalho</b>
<b>3. Acessibilidade</b>	<b>3. Aumento da eficácia dos profissionais</b>
<b>4. Equidade</b>	

**Fonte:** Análise da Frequência da variável B.1.  
Os critérios, estão expostos por ordem decrescente

Emerge desta leitura, uma menor preocupação face à dimensão quer «*economicista*», quer das «*condições de trabalho*» dos actores da organização.

A «*qualidade de serviço*», assume-se aqui, como uma preocupação de todos os AD(s). Assim como, o meio envolvente e as necessidades dos seus utentes, sendo menos prioritário, outro problema real dos hospitais, embora de ordem qualitativa; a «*qualidade das condições de trabalho*», o que pode levar à desmotivação sensível dos seus

profissionais, assim como, à ineficiência dos serviços prestados aos utentes. Pois, é já um lugar comum, dizer-se que os recursos humanos, constituem o «capital» mais importante de uma organização, e que os Hospitais, têm de respeitar, tudo quanto decorre desse lugar comum. Perante os resultados obtidos, este «pequeno» e «importante» pormenor, carece de atenção devida (27% ).

Por outro lado, verifica-se a ancoragem dos «**métodos/instrumentos**» que os AD(s) utilizam como metodologia, para a «tomada de decisão», no «Planeamento», «Sistema de Informação» e «Controlo de Gestão», secularizando a «Liderança» e a «Auditoria».

Estamos perante uma postura gestonária, que revê no «Planeamento», no «Sistema de Informação» e no «Controlo de Gestão», os instrumentos imprescindíveis ao funcionamento do Hospital como um todo. Marginalizando, outras áreas, que não deixam de ser chaves do hospital e que pelo seu impacto nos resultados, existe também uma maior preocupação e atenção por parte dos AD(s), que são a «Liderança» e a «Auditoria».

Quanto à luz do quadro teórico utilizado, a Liderança, é considerada imprescindível, para implicar os actores a todos os níveis da organização, para qualquer mudança organizacional que se venha a operar.

Ao tentarmos, perceber a importância da «**convergência dicotómica dos objectivos**», é notória a preocupação com o garante da convergência dos «*objectivos da organização com os dos próprios utilizadores*» (72%), face aos «*objectivos individuais dos profissionais com os objectivos globais da instituição*» (28%) . Partindo do princípio que os objectivos, são as pretensões ou propósitos do Hospital, os quais, tomados em conjunto definem a sua própria razão de existir.

Constata-se, que a maior parte dos AD(s), não perfilham da ideia de que, para se fixarem objectivos, torna-se fundamental garantir as convergências dos objectivos individuais com os objectivos globais da organização e desta com os do sistema em que nos inserimos. O que não deixa de ser curioso, na medida em que, só deste modo, será garantida a coerência e homogeneidade que a organização hospitalar necessita.

Tendo-se submetido a informação recolhida à AFCP (**nota 17**), no sentido de se determinarem as agregações dos indicadores e das configurações do modelo de «**gestão ideal**» do Hospital, que neste se evidencia, obteve-se uma estrutura de três factores (Quadro II). Embora explicativa apenas de 50,8% da variância total, esta estrutura factorial não deixa de ser elucidativa da diferenciada e alargada percepção que os AD(s), têm do modelo de «**gestão ideal**».

Em torno de três configurações de gestão que, atendendo aos indicadores que em cada um se agregam, permite associá-las, respectivamente: «**Estruturação das Actividades**»; «**Descentralização**» e «**Adaptabilidade Estrutural**».

**QUADRO II**

<b>Factores</b>	<b>Indicadores (*)</b>	<b>Índice de Correlação a)</b>
<b>1- Estruturação das Actividades</b>	B.5.1. Comunicação e informação B.5.3. Formas de atribuição de responsabilidades B.5.5. Diferenças entre os níveis hierárquicos B.5.8. Definições dos procedimentos	B.5.1 . <b>.66101</b> B.5.3 . <b>.64406</b> B.5.5 . <b>.59414</b> B.5.8 . <b>.46117</b>
<b>2- Descentralização</b>	B.5.2. Tipo de autoridade B.5.4. Localização das decisões	B.5.2 . <b>.91380</b> B.5.4 . <b>.81479</b>
<b>3- Adaptabilidade Estrutural</b>	B.5.6. Papeis e funções face à estrutura B.5.7. Flexibilidade da estrutura	B.5.6 . <b>.29299</b> B.5.7 . <b>.30118</b>

**Nota:** Esta categorização foi elaborada através da AFCP, tendo como referência a Escala de Mecor, utilizada no questionário II.

(\*) Ver no questionário - variável B,5 - formulação completa de cada indicador.

a) Ver **nota 18**

Pelos indicadores que se agregam no **Factor 1**, verifica-se, que se configura neste a dimensão de “**Estruturação das Actividades**”, definida por quatro indicadores bipolares. Aceitando, que hoje, o Hospital, deve-se agrupar por funções específicas, a executar por equipas, de acordo com a tecnologia disponível.

Sendo, não menos importante a existência de um Sistema de Informação eficaz, que promova a articulação entre as diferentes áreas de trabalho, assim como de interacção, superando a necessidade de elaboração e reelaboração, dos compromissos indispensáveis para manter em funcionamento as actividades diárias do Hospital.

No **Factor 2**, configura-se a dimensão de “**Descentralização**”, sendo basicamente caracterizada pela convergência de dois indicadores, que vão de encontro à perspectiva de que a «*delegação/participação*», contribui para a eficácia e para o desenvolvimento da organização. Considerando os AD(s) inquiridos, que a maior parte das decisões no trabalho devem estar delegadas nas pessoas que lidam directamente com os problemas em causa.

Estamos perante uma postura que visa a descentralização das decisões promovendo a iniciativa e a responsabilização, através da implementação de esquemas participativos. Sendo este factor, o que apresenta uma correlação mais forte (ver índice de correlação – Quadro II).

No **Factor 3**, define-se a dimensão de “**Adaptabilidade Estrutural**”, através da relevância conferida à evolução dos Hospitais, determinada por factores externos e internos, e que, progressivamente têm dispensado a base contratual, para abrir espaço às mudanças que afectam objectivos, actividades, recursos e práticas e para consagrar o ponto de vista, de que, a estrutura formal das organizações depende em larga medida dos vários tipos de negociações, que os seus membros estabelecem entre si. Pois, a existência de flexibilidade representa liquidez, rapidez de conversão de recursos, para responder às contingências imprevisíveis, existentes nestes contextos. Interpretando e considerando a flexibilidade interna do Hospital, como a capacidade deste, responder ao imprevisível.

Estes resultados sugerem que a globalidade dos AD(s) inquiridos, constroem ideias bem definidas e estruturadas acerca dos aspectos principais que podem influenciar a eficácia de uma organização, nomeadamente no caso em análise, do Hospital.

Contudo, quisemos perceber, que relação existia entre os AD(s) dos diferentes Hospitais, face à concepção de gestão, assim como a operacionalização dos **métodos e técnicas de gestão**, pela diferente «*experiência profissional*» e geracional dos actores em análise.

Face aos **critérios** mais prioritários, que globalmente orientam a **tomada de decisão** nos hospitais, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, face à análise efectuada para a população.

Contudo, da análise estatística, do Teste de Independência do  $X^2$  (**nota 19**), constata-se, a existência de relação entre o «**tipo de hospital**», e os critérios de «*acessibilidade*» e «*económicos*». Sendo ambos, mais privilegiados pelos AD(s), que exercem as suas práticas nos Hospitais Distritais (Quadro III).

Por outro lado, também existe correlação entre o «**tipo de hospital**» e determinados **métodos/instrumentos**, que devem ser utilizados pelos AD(s), como metodologia, para a «tomada de decisão». E, nesta linha de objectivação analítica, considera-se, que é sobretudo em torno dos indicadores «Planeamento», «Auditoria» e «Liderança», que se revelam os métodos mais utilizados pelos AD(s) dos Hospitais Distritais.

Dando continuidade à linha analítica, até aqui utilizada, verificamos que a concepção da gestão, face à experiência, expressa na variável «**tempo de exercício das práticas de AD(s)**», revela uma forte correlação entre alguns indicadores.

Assim, são os AD(s) com menos tempo de exercício do cargo, os que apresentam maior preocupação com a necessidade de «melhorar a eficiência dos profissionais», o que se afigura como um sinal indiciador de reconhecimento da falência técnica, o que per si, é, demonstrativo da preocupação face a uma vertente nobre da «qualidade», localizada na área de produção.

Mas para além destes critérios, constata-se que são os AD(s), com mais tempo de exercício, que constituem, o grupo com maiores preocupações economicistas.

Nesta linha de objectivação, do «*tempo de exercício*» do cargo, considera-se então, que é nos AD(s), «mais jovens» que a «Liderança», assume particular relevância, enquanto metodologia para a **tomada de decisão**.

Resumindo, podemos afirmar que os resultados sugerem, que se está na presença de concepções, relativamente bem estruturadas, construídas para responder a questões levantadas pelas relações entre os AD(s) e o contexto, assim como, pela estruturação organizacional e a tomada de decisão. Os resultados sugerem ainda, que a GPO, se encontra mais estruturada em torno de um núcleo duro, caracterizado pelos AD(s), dos H. Distritais, e pelos AD(s) com mais tempo de exercício do cargo de AD.

## CAPÍTULO III

### PRÁTICAS DE GESTÃO

Como se explicitou, quando da construção teórica da investigação. O carácter estratégico da GPO, enquanto recurso operativo para alcançar a «qualidade», passa substancialmente pela mobilização dos AD(s), que reconhecem nas suas práticas de gestão um vector central para a determinação das suas estratégias, e para a determinação do seu alcance e limites na reconfiguração da realidade da gestão hospitalar.

Pretende-se, então, analisar neste capítulo como se concretizam nos diferentes contextos hospitalares, as práticas dos AD(s), detentores de diferentes experiências profissionais. De modo, a poder interpretar como estes indicadores (quer contextuais, quer temporais), possibilitam a visibilidade da natureza das práticas de gestão que são accionadas, e ainda as formas de instrumentalização dessas práticas em estratégias de especialização do seu campo de competências.

Procurámos analisar a importância que era atribuída à dimensão das práticas quotidianas de gestão dos AD(s), face a um conjunto de indicadores, através da AFCP (Quadro III), e com rotação Varimax .

### Quadro III

Factores	Indicadores (*)	Índice de Correlação a)
<b>1. Explicitação da Dinâmica do Hospital</b>	C.1.5. Funções e Responsabilidades C.1.6. Manual e Políticas	C.1.5. .83228 C.1.6. .70768
<b>2. Relações Humanas</b>	C.1.3. Delegar Funções C.1.7. Manual da Qualidade C.1.2. Grupos de Trabalho	C.1.3. .80649 C.1.7. .63959 C.1.2. .54484
<b>3. Burocracia</b>	C.1.1.1. Escalões Hierárquicos	C.1.1.1. .89355
<b>4. Informação</b>	C.1.4. Sistema de Informação C.1.8. Potencial do Hospital	C.1.4. .75231 C.1.8. .67356

**Fonte:** Esta categorização foi elaborada através da AFCP da variável C.1.

(\*) Ver no questionário II - variável C.1. - formulação completa de cada indicador.

a). ver nota 18.

**Nota:** Percentagem de variância explicada = 59%

Ao **Factor 1**, atribuímos a designação de práticas de «**Explicitação da Dinâmica do Hospital**». Agrega indicadores que traduzem planos, procedimentos e instruções documentadas, que definem como as actividades do Hospital, são feitas.

No **Factor 2**, revemos a dimensão de práticas de gestão centradas no estilo «**Relações Humanas**». Agrupa indicadores, que têm subjacentes valores de «*delegação/participação*», em que se retraduz, a capitalização do potencial dos actores, do Hospital, através da partilha e da visão comum dos objectivos persecutórios do «*Manual da Qualidade*», enquanto instrumento, que é elaborado num clima de envolvimento e participação.

No **Factor 3**, foi conferida centralidade, a um único indicador, que nos remete, segundo os inquiridos, para a dimensão de práticas centradas na «**Burocracia**», como entrave para a eficácia dos hospitais, caracterizada pelo número excessivo de escalões hierárquicos. Sendo de salientar, que é neste que se verifica o índice de correlação mais elevado (conf. Quadro III).

Ao **Factor 4**, foi dada a designação de práticas centradas na «**Informação**», no qual figuram indicadores que, embora aparentemente dissemelhantes, têm em comum, o facto de constituírem uma vertente dirigida à internalidade do Hospital, expressa no conhecimento global da instituição, através de um sistema de informação eficaz.

A partir da análise e categorização de cada um destes factores e da identificação dos específicos recortes, que diferenciam as práticas de gestão dos AD(s), procedeu-se à determinação dos critérios que subjazem à fixação dos objectivos dos respectivos hospitais.

Constatando-se, que os critérios se circunscrevem a três categorias (Quadro IV), das quais a «**Participação/Qualidade**», figura como a menos valorizada (observar, índices de correlação). Assim, relativamente a esta categoria, verifica-se que, tanto o «*impacto na qualidade da produção hospitalar*», como a "*participação integrada de todas as áreas hospitalares*", vêm sendo afastada das actuais e quotidianas referências gestionárias dos AD(s).

É, ainda significativo que, apesar da menor importância, atribuída a estes critérios para a fixação dos objectivos do hospital, esta, denota o afastamento dos protagonistas (ver capítulo anterior; Quadro I), da concepção de gestão, que passava prioritariamente pela «qualidade», enquanto operador final da construção de um modelo de «**gestão ideal**».

Socorrendo-se estatisticamente do Teste de Clusters (**nota 20**), verificamos que esta, é menos acentuada, quer nos AD(s) dos H. Distritais, quer nos AD(s), com mais tempo de exercício do cargo.

## Quadro IV

Factores	Indicadores (*)	Índice de Correlação a)
<b>1. Envolvente Externa/Interna</b>	C.2.2. Tarefas dos Gestores	C.2.2. <b>.78471</b>
	C.2.7. Novas Tecnologias	C.2.7. <b>.69143</b>
	C.2.3. Alvos Específicos	C.2.3. <b>.58513</b>
	C.2.1. População Alvo	C.2.1. <b>.55993</b>
<b>2. Objectivos Organizacionais</b>	C.2.4. Explicitação de Objectivos	C.2.4. <b>.40088</b>
<b>3. Participação/Qualidade</b>	C.2.6. Impacto na Qualidade	C.2.6. <b>.56406</b>
	C.2.5. Participação Integrada	C.2.5. <b>.11280</b>

**Fonte:** Esta categorização foi elaborada através da AFCP de C.2.

(\*) . Ver no questionário - variável C.2. - formulação completa de cada indicador.

a). Ver **nota 18** .

Para além destes perfis gestionários, verificámos que na definição dos objectivos dos respectivos hospitais, os AD(s) privilegiaram, os indicadores: «*fácil implementação*» e a «*motivação de todos os agentes do processo*» (Quadro V).

## Quadro V

Critérios	Escala de Importância (muito imp. + importante)
<b>1. Fácil Implementação</b>	<b>88,9%</b>
<b>2. Motivação de todos os agentes do processo</b>	<b>66,7%</b>
<b>3. Capacidade de controle</b>	<b>27,7%</b>
<b>4. Coerência e compatibilidade</b>	<b>5,6%</b>

**Fonte:** Frequência da variável C3

Denota-se, que nos objectivos a definir, não valorizam características determinantes, para que estes se tornem operacionais, tal como, a coerência entre eles, assim como, a capacidade de gerarem entre si, os necessários instrumentos de medida e controlo da sua eficácia.

A partir da análise, das **acções** que são accionadas no exercício das práticas dos AD(s), verificamos que independentemente dos contextos e dos recortes de experiência profissional, que quase todos os AD(s), convergem para as «*acções negociadas*» (97,3%) e todos convergem para o «*diálogo permanente*» (100%).

A aplicação destes comportamentos, no domínio específico do trabalho de produção de cuidados de saúde em contexto hospitalar, permite apreendê-lo como um domínio, em que, os processos informais de negociação, adquirem particular centralidade, em virtude da singular natureza do trabalho que é realizado nos Hospitais, a qual, faz inscrever nos contextos de acção, significativas margens de imprevisibilidade e, consequentemente, de flexibilidade.

Reconhecem, como principais **condicionamentos objectivos**, que levam ao estabelecimento dos limites e possibilidades da GPO enquanto vertente estratégica da GQ, essencialmente; a «*falta de empenhamento da Administração*» e o «*modelo de gestão*» operacionalizado (Quadro VI).

**Quadro VI**

<b>Crítérios</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>1. Empenhamento da Administração</b>	86,1%
<b>2. Modelo de Gestão</b>	77,8%
<b>3. Competência e Motivação dos Profissionais</b>	38,9%
<b>4. Existência de Parâmetros de Medida</b>	30,6%
<b>5. Recursos Disponíveis</b>	16,7%
<b>6. Estrutura da Organização</b>	16,7%

**Fonte:** Frequência da variável C5

Corroborando na perspectiva, de que, o gestor deve promover o desenvolvimento dos elementos sistémicos do processo da GQ. E, tendo já identificado os que se situam na estrutura organizacional e nos sistemas, tentámos avaliar quais os "*instrumentos*" facultados pelos AD(s), às «*Comissões de Qualidade*».

Constatámos, que nenhuma dispõe de autonomia «*financeira*», poucas detém autonomia de «*execução*» e predomina a autonomia de «*planeamento*» (Quadro VII).

**Quadro VII**

<b>Tipo de Autonomia</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>1. Financeira</b>	<b>0%</b>
<b>2. Execução</b>	<b>27,8%</b>
<b>3. Planeamento</b>	<b>97,2%</b>

**Fonte:** Frequência da variável C6

Atendendo, a que, é da responsabilidade da Administração, estabelecer de forma organizada, responsabilidade pela promoção da sua política da «qualidade». O que desta, desigual correlação, fica efectivamente demonstrado, é que, os que gerem, executam e verificam os processos da Qualidade, não têm autoridade e autonomia suficientes para assumir as acções decorrentes dos seus objectivos da «qualidade».

Pois, só através da sua operacionalização, se poderá passar ao accionamento de medidas correctivas, que conduzam a uma melhoria da eficiência do sistema hospitalar, avaliado em «qualidade/quantidade». Configurando-se, este problema clássico na sua formalização, da optimização de recursos escassos.

Dos cinco instrumentos, para a «**avaliação da qualidade**», apenas a; «*satisfação do utente*» 88,9% e a «*avaliação dos resultados*» 75% apresentam percentagens que evidenciam um recorte significativo no «produto» final da cadeia de produção, não obstante a relevância que teoricamente é atribuída aos restantes instrumentos (ver capítulo II, p. 32).

Face às configurações das práticas de gestão dos AD(s) encontradas, procurou-se, então, avaliar, de que modo se reflectia a sua ancoragem no modelo de gestão utilizado nos respectivos hospitais.

Relativamente à «*qualidade técnica dos serviços*», verifica-se que o modelo de gestão adoptado, «nem sempre» 61,6%, influencia este indicador. Por outro lado, a sua correlação

negativa com a variável «*hospital onde exerce*», mostra que a sua predominância é maior nos H.C. e menor nos H.D.

Constatamos também, que o modelo de gestão utilizado, «nem sempre» 50%, se reflecte na «*qualidade total do hospital*», existindo, também uma correlação negativa com o tipo de hospital, à semelhança do indicador anterior.

O facto, da variável «*hospital onde exerce*», se apresentar correlacionada, legitima que esta, constitui uma variável estruturante da «qualidade».

Resumindo, podemos afirmar que existe uma relação directa entre os critérios que os AD(s) consideram importantes para fixar os objectivos do seu hospital, e as medidas que accionaram no exercício das práticas, com os indicadores de que a GPO está dependente.

Por outro lado, revela-se também que existe uma relação directa entre as medidas que os AD(s), accionaram no seu quotidiano gestor e a forma como operacionalizam as práticas com os resultados finais do hospital, em função do modelo de gestão utilizado.

É, através desta dualidade identitária dos AD(s), que se pode interpretar a existência de um desfasamento, entre a concepção de gestão que os AD(s) detêm (analisada no capítulo anterior) e as práticas de gestão que exercem nos respectivos hospitais. Desfasamento esse, que é mais acentuado nos AD(s), com menor «experiência profissional» e localizados nos H.Centrais.

Demonstrada a recomposição das práticas de gestão, operacionalizadas pelos AD(s) nos seus quotidianos, e o seu efeito estruturante na GQ.

Passamos ao capítulo seguinte, com o qual se encerra o percurso analítico desta pesquisa, que terá como objecto, os constrangimentos organizacionais, com que, os AD(s), se deparam.

## Capítulo IV

### GPO / GQ E SEUS CONSTRANGIMENTOS

Ao reservar-se para último, os constrangimentos com que os AD(s), se deparam nos respectivos hospitais, subjaz a tal opção o entendimento de que estes constituem, um dos «espaços» de intersecção e convergência das limitações de operacionalização da GPO visando a GQ, ou seja, os seus mecanismos e processos, não só são estruturados, como também são accionados, a partir, além de outros, dos recursos que os diversos grupos socioprofissionais, existentes nos hospitais mobilizam na concretização e na atribuição de sentido às suas práticas e interacções quotidianas.

Constatámos que a totalidade dos AD(s) reconhece, que no exercício das suas práticas de gestão se deparam com obstáculos organizacionais, que por sua vez, dificultam a operacionalização dos saberes de gestão, de modo a poderem implementar um Sistema da Qualidade. Promovendo, por sua vez, a desarticulação entre a concepção de gestão que possuem, e a forma como a operacionalizam. Localizando-se esses obstáculos, em diversas áreas (Ver Quadro VIII).

**Quadro VIII**

<b>Obstáculos Organizacionais</b>	<b>Percentagem (%)</b>
1- Legislação em vigor	97,2%
2- Gestão Intermédia	58,3%
3- Produção Hospitalar	55,6%
4- Conselho de Administração	38,9%
5- Gestão Operacional	30,65
6- Área Administrativa	16,7%

.Fonte: Frequência da Variável D.2. .

Verificamos que as áreas mais expressivas (com percentagens superiores a 50%), localizam-se na «*legislação em vigor*», na «*gestão intermédia*», e na «*produção hospitalar*».

Apesar da quase totalidade dos AD(s), centralizar na «*legislação em vigor*», o maior obstáculo. Matéria controversa (demasiadamente abordada) e de difícil consenso entre os gestores hospitalares, não é, contudo este o lugar para fazer uma sistematização das perspectivas face a esta temática, por razões analíticas óbvias.

Enunciaremos apenas, que nada impede a introdução/operacionalização da GPO, nos hospitais, à semelhança do que tem sido efectuado nas empresas privadas. Pois, não será certamente a Lei, um factor impeditivo, já que o art.º 35 do Estatuto Hospitalar aponta para a sua introdução no sistema, ao dizer-nos que os hospitais “...*deverão organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial...*”, cabendo-lhes nesse sentido “...*elaborar planos de administração que devem ser submetidos à aprovação, juntamente com os orçamentos...*”.

Face à «gestão intermédia», podemos interpretar, que os gestores intermédios não se revêm/enquadram na estratégia e/ou nos objectivos definidos para o hospital, gerando quebras de solidariedade institucional. Contudo as variáveis utilizadas na investigação, não nos permitem, inferir nem confirmar esta análise. O que podemos adiantar, é que qualquer medida de natureza instrumental, só surtirá efeito, se os gestores em todos os níveis, assumirem e viverem empenhadamente a mensagem da «qualidade», e a souberem transmitir a todos os agentes.

Em relação à área de «*produção hospitalar*», trata-se de uma questão antiga, pois ao longo da história, o Hospital tem sido controlado pelos grupos que desempenham as tarefas mais difíceis e críticas (**nota 21**), e são as características destes grupos que determinam as políticas hospitalares e os objectivos organizacionais. Estando os grupos que desempenham as tarefas mais difíceis, no cerne da «produção hospitalar», promovendo a instrumentalização dos objectivos do hospital, como meio de acesso ao poder.

Por outro lado, configura-se com alguma relevância, o «*Conselho de Administração*», enquanto factor constrangedor (38,9%), do qual, não podemos dissociar a composição deste órgão (Médico e Enfermeiro, além do AD), que confere visibilidade às fortes dinâmicas cooperativas, agregadas aos grupos profissionais da área da produção, sendo, contudo, mais expressivas nos médicos.

E, se atentarmos ao facto, de que as políticas de gestão hospitalar se projectam cada vez mais para fora do domínio da «tomada de decisão», estendendo-se a problemas ligados aos serviços centrais e periféricos do hospital, podemos dizer que se estabelece uma relação técnica de dois sentidos, entre Administração e restantes grupos socioprofissionais, o que equivale a reconhecer na dimensão da área de produção, o alcance de algum poder de intervenção de gestão por parte dos gestores hospitalares. Tal como se deve reconhecer na dimensão da «tomada de decisão», também algum poder dos grupos profissionais, da área de produção de cuidados.

Na tentativa de atendermos que indicadores de constrangimento estão correlacionados com os contextos, verificamos que só a «*produção hospitalar*», tem relação directa. Do qual, sobressai, que são os H.C(s), o espaço profícuo para os «prestadores» promoverem uma das suas estratégias face ao hospital, no sentido, de fazer prevalecer a pertença profissional sobre a pertença institucional.

Por outro lado, verificam-se correlações entre a «*experiência profissional*» dos AD(s) e os indicadores de constrangimento. Sendo os AD(s), com menos tempo de exercício do cargo, os que sentem maiores dificuldades em superá-los.

Dada a rapidez da mudança da vida do hospital, as regras formais caem facilmente em desuso, sendo substituídas por regras informais ou então sendo objecto de reapreciação pelos AD(s). Mesmo as regras informais têm um carácter mais provisório do que definitivo, de acordo com as situações e os factos a regular, aparecendo, desaparecendo e reaparecendo de acordo com as políticas e as estratégias em jogo, em cada momento.

Da natureza das regras formais e informais do hospital resultam processos de contínua negociação, significativamente capturados nas relações estabelecidas com as regras, com a Administração e com os grupos socioprofissionais da área de produção.

Face à influência, de determinados comportamentos organizacionais, enquanto elemento perturbador da GPO, emerge o indicador «*profissionais desmotivados*» (88,9%). Traduzindo, uma dissociação entre a leitura que os AD(s) fazem, entre a pouca prioridade que os mesmos, atribuem ao **critério** «*condições de trabalho*» (ver capítulo II, Quadro I). De onde, se pode inferir que subestimar-se as «*condições de trabalho*» dos profissionais,

não é a atitude correcta, na medida em que, esta pode levar à desmotivação sensível dos seus profissionais, assim como, à ineficiência dos serviços prestados aos utentes.

Significa, então que esta dualidade entre o «*querer*» e o «*fazer*», em que se retratam as estratégias de operacionalização da GPO, visando a GQ, por parte dos AD(s). Estão correlacionadas com as modalidades de constrangimentos organizacionais, que vêm emergindo como factor redutor das práticas dos AD(s), e atendendo à centralidade para este evocada por todos os inquiridos, inscreve-se que estarão a dar lugar à reconfiguração das formas de objectivação da concepção de gestão dos AD(s) e o desfasamento entre a concepção e as práticas de gestão exercidas.

## TERCEIRA PARTE

Pretendemos agora retratar as alterações legislativas que permitiram desenvolver a gestão participativa por objectivos e a gestão da qualidade nos últimos 10 anos em Portugal. Será dividido em dois capítulos distintos procurando o primeiro focalizar as alterações que existiram de uma maneira geral no Serviço Nacional de Saúde salientando os aspectos que se consideram mais relevantes para que se desenvolvesse uma gestão participativa por objectivos e o segundo capítulo procura evidenciar as acções do processo de implantação e desenvolvimento de sistemas de gestão da qualidade nos hospitais resultantes de uma intervenção da política nacional da qualidade para os serviços de saúde e que sofreu influencias legislativas através da criação e extinção de vários organismos com responsabilidades na politica da qualidade.

### CAPITULO I

#### **Evolução nos últimos 10 anos que influenciou a gestão participativa por objectivos nos hospitais**

Toda a pesquisa efectuada e o trabalho empírico foram efectuados nos anos de 1998 e 1999 em que a base de organização do Serviço Nacional de Saúde tinha suporte na Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), que constituía por si só a base de orientação da politica de saúde nacional, no entanto a organização da gestão hospitalar assentava no Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro e no Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de Janeiro, dos quais vamos referir algum conteúdo que consideramos relevante para o objectivo do trabalho, assim temos:

#### ➤ **Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro**

##### ○ **Artigo 8º (Estrutura de prestação de cuidados)**

- “Sempre que as circunstâncias possibilitem, e **mediante autorização do Ministro da Saúde**, poderão ser introduzidos novos modelos estruturais, a titulo experimental, na área da prestação de cuidados, **no sentido de introduzir no hospital novas formas de divisão de trabalho por universos mais extensos**, proporcionando

um visão global do doente, uma melhor cooperação interdisciplinar e uma utilização mais eficaz dos meios tecnológicos”

○ **Artigo 9º (Centro de Responsabilidades e custos**

- “... os hospitais devem organizar-se e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade **e de custos.**”
  
- “Os centros de responsabilidade são estruturas funcionais e devem agrupar, como regra, **vários centros de custos** com actividades homogéneas ou afins e podem constituir níveis intermédios de administração.”
  
- “Cada centro de responsabilidade será atribuído a necessária autonomia, a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades.”
  
- “Os centros de responsabilidade e, **sempre que necessário, os centros de custos** devem ter um responsável profissionalizado, que desenvolverá a sua acção em colaboração com os elementos de direcção e chefia dos respectivos departamentos e serviços.”

Podemos verificar que existia uma porta aberta para se poder fazer uma gestão descentralizada, mas não deixa de ser algo muito “tímido” pois o seu desenvolvimento teria que ter autorização do ministro da saúde e após analisar cada caso e cada pretensão. Por outro lado quando se previa a existência de centros de responsabilidade a tónica era que o mesmo se organiza-se por centro de custos não existindo qualquer referência a que os mesmos pudessem ter qualquer tipo de orçamento próprio.

Salientamos que na prática, continuavam os hospitais a serem geridos de forma centralizada com a sua estrutura de órgãos baseada sobretudo no Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de Janeiro em que previa uma estrutura de órgãos:

- De administração
  - Conselho de Administração;
  - Presidente do Conselho de Administração ou Director;
  - Administrador Delegado.
  
- De Direcção técnica
  - Director Clínico;
  - Enfermeiro Director de serviço de Enfermagem
  
- De apoio Técnico
  - Conselho técnico;
  - Comissão médica;
  - Comissão de enfermagem;
  - Comissão de Farmácia e Terapêutica
  
- De Participação e consulta
  - Conselho Geral

Importa salientar a composição do conselho de Administração, pois é a este órgão que compete a gestão dos hospital, e de harmonia com o nº1 do artigo 3º Secção I do capítulo II Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de Janeiro, o Conselho de Administração é composto pelos seguintes elementos:

- a) O presidente, que é o director do hospital;
- b) O administrador Delegado;
- c) O director clínico;
- d) O enfermeiro director de serviço de enfermagem.

Se ao Conselho de Administração era reconhecido poder por ter competências de gestão como órgão colegial, o verdadeiro poder executivo encontrava-se detido na figura do administrador delegado, **pois era a ele que cabia o cumprimento e garantir a execução de todas as decisões relativas à realização dos fins do hospital.** Detinha competências especiais e específicas descritas no artigo 10º e 11º do referido Decreto Regulamentar. Passava por ele nomeadamente toda decisão de efectuar qualquer despesa, investimento, elaboração de orçamentos, adjudicação de concursos e responsabilizava os diversos sectores de actividade hospitalar pela utilização dos meios postos á sua disposição e pelos resultados atingidos assim como assegurava a receita do hospital. Ou seja a figura do Administrador Delegado Centralizava toda a decisão da actividade do hospital em termos de gestão organizacional.

Esta forma facilitava a existência de uma organização centralizada, pois no momento de decidir, tudo se concentrava na figura do Administrador Delegado, muito embora o nº1 da base XXXVI da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, referisse que a gestão das unidades de saúde deveria obedecer na medida do possível, a regras da gestão empresarial e que a lei poderia permitir a realização de experiencias inovadoras de gestão. No entanto não existiam desenvolvimentos legais que permitissem colocar na prática esta intenção.

No final de 2002 é publicada a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro que aprova o novo regime de Gestão Hospitalar e procede-se à 1º alteração da Lei nº 48/90 de 24 de Agosto e que no seu artigo 1º actualiza a BASE XXXVI com um terceiro ponto onde refere que **“A lei pode prever a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos”** sendo esta redacção o alicerce que conduziu a uma alteração profunda da forma de gestão dos Hospitais., pois com a criação das sociedades anónimas a forma de gestão da organização hospitalar, teria que ser obrigatoriamente diferente.

Podemos referir que o regime jurídico da gestão hospitalar é **publicado na íntegra em anexo á referida Lei** e tendo em atenção o propósito deste trabalho, considera-se oportuno salientar:

### **O nº 1 do artº 2 (natureza jurídica) Capítulo I:**

- *“Os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir de uma das seguintes figuras jurídicas:*
  - a. *Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;*
  - b. *Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;*
  - c. *Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;*
  - d. *Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com que sejam celebrados contratos ...”*

Este artigo vem permitir que os hospitais possam ter uma natureza empresarial e cria a possibilidade de ter outras formas de organização da gestão, nomeadamente a introdução de gestão participativa por objectivos ficando uma porta aberta para o seu desenvolvimento.

### **O artº 7º (Órgãos)**

- *“Os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde compreendem órgãos de administração, de fiscalização de apoio técnico e de consulta.”*

Este artigo estabelece órgãos de gestão que aparentam serem idênticos aos já existentes, mas que posteriormente com a publicação, do Decreto-lei nº 188/2003 vem-se a verificar que tem na sua composição diferentes elementos com competências de gestão que podem facilitar uma gestão participativa por objectivos.

Deve-se mencionar ainda que a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, no anexo já referenciado cria um capítulo para os hospitais do sector administrativo público (SPA) e outro capítulo para hospitais sociedades anónimas de capitais públicos (SA).

Vamos salientar do Capítulo II Secção I referente aos hospitais do sector público administrativo (SPA) os seguintes artigos:

#### **Artigo 10º (princípios específicos da gestão hospitalar do SPA)**

- O nº 1 deste artigo é composto por seis alíneas diferentes mas importa destacar a sua **alínea e)** que refere o seguinte “*Articulação das funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão de recursos em torno dos directores de departamento e de serviço, sendo-lhes reconhecido, sem prejuízo das competências dos órgãos de administração, autonomia na organização do trabalho e os correspondentes poderes de direcção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, com salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas por lei a cada profissão.*”
  
- O nº 2 que refere “*os directores de departamento e de serviço respondem perante os Conselhos de Administração dos respectivos hospitais, que fixam os objectivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica.*”

Ou seja começa-se a admitir que os hospitais podem organizar-se por departamentos (uma área que engloba vários serviços com afinidades comuns) e que tanto estes departamentos ou serviços podem ter uma autonomia de gestão desde que caminhem para os objectivos estabelecidos pela administração, ou seja nasce aqui para os hospitais públicos o principio da gestão participativa por objectivos.

Ideia esta que é reforçada pelo **artigo 11º (organização interna dos hospitais)**

1. *“A estrutura interna orgânica dos hospitais, bem como a composição, competências e funcionamento dos órgãos hospitalares, consta em regulamento a aprovar por diploma do próprio Governo.”*
2. *“Os hospitais dispõem de um regulamento interno aprovado nos termos definidos pelo diploma a que se refere o número anterior.*
3. *“Para prossecução dos princípios definidos no artigo anterior, os hospitais devem organizar-se e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e custos”.*

No que diz respeito aos hospitais SA, e que são referenciados no capítulo III desta lei, regem-se pelo disposto do capítulo I, em tudo o que não seja incompatível com a sua natureza jurídica e nos respectivos diplomas de criação onde constam os estatutos necessários ao seu funcionamento, pelo regime jurídico do sector empresarial do Estado, pela lei reguladora das sociedades anónimas, bem como pelas normas especiais cuja aplicação decorra do seu objecto social e do seu regulamento.

Verificamos que durante o ano 2002 se dá “o ponta pé de saída” para se poder transformar a gestão hospitalar, pois havia consciência que estas instituições constituíam um sector estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde em geral, tanto pela sua natureza técnica ou científica como pelo impacto clínico assistencial na comunidade e pelo contributo que dá á educação e investigação na saúde.

Não obstante o que foi referenciado havia consciência que os hospitais detinham um peso no orçamento geral do estado e na despesa pública, quer no plano logístico e tecnológico quer em recursos humanos, justificando a todo o momento repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento.

Se até então poderíamos ver progressos na forma de gestão, a realidade revelava que os modelos de organização dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde se encontravam desajustados das necessidades das populações, dos novos padrões de doença e as oportunidades terapêuticas, que por si só justificava mais alterações legislativas.

Neste sentido tendo no horizonte como principal objectivo a introdução uma maior descentralização na estrutura funcional e uma capacidade directiva dos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar, nomeadamente dos conselhos de administração e dos directores de departamento ou de serviço, bem como uma identificação clara das suas responsabilidades na cadeia hierárquica. È publicado o Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto, para se aplicar aos hospitais do sector público Administrativo.

Este Decreto-lei vem estabelecer um novo modelo de organização **que exige de todos os profissionais habilitações para o trabalho em equipas multidisciplinares** e aos **respectivos gestores capacidade de liderança** e conhecimentos que lhe permitiam utilizar de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. A par de reconhecer o contributo insubstituível dos profissionais de saúde e de respeitar as suas competências ou interesses legítimos, **este novo regime atribui-lhes maior autonomia e correspondente responsabilidade na gestão clínica, bem como incentivos á produtividade e qualidade assistenciais.**

Paralelamente, o modelo tradicional de financiamento dos hospitais, baseado em orçamentos históricos, começa a ser substituído por um novo regime de pagamento dos actos, das técnicas e dos serviços efectivamente prestados, segundo uma tabela de preços única para o Serviço Nacional de Saúde, que simultaneamente classifica, **bem como a contratação de serviços por objectivos concretos**, adequados ás necessidades das populações e ás capacidades das instituições, premiando o mérito e o desempenho dos profissionais. Estes vêm a ser monitorizados de acordo com um sistema de avaliação regular, que inclui um conjunto ponderado de factores, em estreita ligação com a produção realizada, a eficiência demonstrada e a qualidade dos resultados obtidos. Desde então os indicadores dos hospitais reportados a um ano civil, passaram constituir no ano seguinte matéria de divulgação e de apreciação publica.

Mas dada a importância Decreto-lei nº 188/2003 de 20 de Agosto, que já é um passo de gigante para o desenvolvimento da gestão participativa por objectivos considera-se oportuno referenciar os artigos que simbolizam esta modificação e assim temos:

### **Artigo 3º (estrutura de Gestão) Secção I (disposições gerais) Capítulo I (Estrutura de órgãos)**

1. *“Nos termos do nº 3 do artigo 11º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela lei nº 27 /2002, de 8 de Novembro, as estruturas orgânicas dos hospitais devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custo”*
2. *“Os Centros de Responsabilidade são unidades descentralizadas dotadas de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos que permitem ao responsável do centro realizar o seu programa de actividade com a maior autonomia possível.”*
3. *“O Responsável pelo centro, sempre que justifique, pode ser assessorado por um profissional com o perfil adequado, designadamente, às tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados.”*
4. *“A organização do hospital em centros de responsabilidade deve reflectir um organograma de gestão que sistematize a divisão de responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica.”*
5. *“O âmbito da responsabilidade do centro varia, podendo recair:*
  - a. *Apenas sobre os custos (centro de custos);*
  - b. *Sobre custos e proveitos (centro de proveitos);*
  - c. *Sobre custos e proveitos e activos patrimoniais (centros de investimentos)....”*

### **Artigo 4º (órgãos)**

Este artigo vem conferir a existência dos órgãos já referenciados quando abordou o artigo 7º da Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro e abrir a possibilidade da criação de novos órgãos nomeadamente de apoio técnico.

Salienta-se então que passamos a ter:

- Órgãos de Administração; (conselho de Administração);
- Órgãos de apoio técnico (As comissões de ética, **de humanização e qualidade de serviços**, de infecção hospitalar, de farmácia e de terapêutica previstos na lei ou em regulamento);
- Órgão de fiscalização (fiscal único);
- Órgão de consulta (conselho consultivo)

Este Decreto-Lei desenvolve ainda no seu capítulo II pormenorizadamente e por diferentes artigos a composição, competências e nalguns casos funcionamento dos diferentes órgãos.

E dentro do mesmo âmbito desenvolve no Seu Capítulo III para os:

- Directores de Departamento;
- Director de Serviço;
- Enfermeiro Chefe;
- Responsáveis de Serviço.

Neste ultimo caso **integra-se no artigo 19º (Estrutura dos serviços, departamentos e unidades funcionais) disposições gerais** que referem:

- 1) *“O hospital estrutura-se em serviços, departamentos e unidades funcionais.”*
- 2) *“O serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em departamentos”*
- 3) *“As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnologicos, integradas em serviços ou departamentos ou partilhados por departamentos e serviços distintos.”*
- 4) *“São serviços do hospital:*
  - a. *Serviços de acção médica;*

- b. *Serviços complementares de diagnóstico e terapêutica;*
- c. *Serviços de Apoio.” ...*

Este Decreto Lei **põe um fim absoluto à figura do Administrador Delegado**, pois de Harmonia com o nº 1 artigo 5º o conselho de Administração é composto pelo:

- Presidente;
- **Um ou dois vogais, como membros executivos que em situações excepcionais e dada a complexidade, dimensão e volume de recursos a gerir pode vir a integrar-se mais dois vogais executivos;**
- Como membros não executivos ficam o Enfermeiro Director e Director Clínico

Importa referir que a nesta lei no seu capítulo VI (Disposições Finais e Transitórias), nomeadamente no seu artigo 35º (grupos hospitalares) o seu ponto 1 diz “*É aplicável a cada um dos hospitais integrados em grupos e centro hospitalares o esquema de órgãos previstos neste diploma, com as necessárias adaptações, ...*” e o seu ponto 2 diz “*que no regulamento interno de cada centro ou grupo hospitalar serão definidos, além da composição dos seus órgãos, o grau de autonomia e o esquema de órgãos de cada um dos estabelecimentos que o constituem*”

Mas assim que foi publicada a Lei 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procedeu à primeira alteração à Lei de Bases da Saúde, veio estabelecer que os hospitais públicos passariam a poder revestir a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, o XV Governo constitucional procedeu á transformação de 36 hospitais em 31 sociedades anónimas, de forma a realçar a autonomia de gestão do Serviço Nacional de Saúde, que tinha como alicerce o regime jurídico das sociedades comerciais, embora fossem constituídas exclusivamente por capitais públicos.

No entanto pelo facto de serem constituídas sociedades anónimas corria o governo o risco de perder algum controlo pela autonomia que este tipo de sociedades poderia alcançar,

nomeadamente por poderem vir a ser cotadas na Bolsa de Valores, por isso três anos mais tarde já com XVII Governo constitucional, foi necessário proceder á transformação dos hospitais públicos em entidades públicas empresariais (EPE), ficando sujeitos ao regime estabelecido no capítulo III do Decreto-Lei nº 558/99 de 17 de Dezembro, que redefiniu o conceito de empresa pública com o objectivo de fazer convergir o regime jurídico das entidades públicas empresariais com o paradigma jurídico-privado das sociedades anónimas, mantendo-se os deveres de reporte e de informação que se encontravam previstos para os hospitais sociedades anónimas.

De facto, estas entidades públicas empresariais ficaram sujeitas a um regime mais estrito ao nível de orientações estratégicas exercidas pelos Ministérios das finanças e da saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione-se, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento e, neste sentido foi publicado o Decreto-Lei nº 93/2005 de 7 de Junho.

Podemos verificar que se por um lado a legislação caminhava para uma autonomia dos departamentos e serviços que constituíam a organização hospitalar, através de uma clara forma de gestão participativa por objectivos, por outro lado criava centros hospitalares resultante do agrupamento de vários hospitais EPE, que em muitos casos se verificou serem junções de hospitais que tinham proximidade geográfica e que se poderiam complementar por especialidades, verificou-se então que organizações hospitalares eram cada vez maiores, por exemplo em Lisboa:

- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, (Hospital Santa Cruz Hospital Egas Moniz, Hospital São Francisco Xavier);
- O Centro hospitalar de Lisboa Norte, (Hospital de Santa Maria, Hospital Pulido Valente).

E por todo o País vieram a criar-se estruturas idênticas, o que nos permite questionar se toda esta legislação facilitaria uma organização de gestão participativa por objectivos ou se

por outro lado era a forma de dar sustentabilidade às “mega” organizações hospitalares que se formaram. É no entanto de realçar que o legislador coma publicação do Decreto-lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, onde são criadas várias Entidades Públicas Empresariais e que aprova uma linha de orientação de estatutos para cada hospital E.P.E., no seu preambulo diz “... *A fim de evitar a proliferação de estatutos de unidades de saúde essencialmente idênticos, optou-se por aprovar um regime jurídico e uns estatutos suficientemente flexíveis para abarcar várias unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais, sejam hospitais, sejam centro hospitalares, gerais ou especializados, deixando para os respectivos regulamentos internos os aspectos organizacionais e não estatutários, designadamente a criação de órgãos de direcção adequados à sua especificidade, dimensão e complexidade...*”

No entanto este Decreto-Lei, continua a ser um incentivador da prática da gestão participativa por objectivos que é realçado sobretudo no seu artigo 9º (organização):

1. *“Os Hospitais E.P.E. organizam-se de acordo com as normas e os critérios genéricos de definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de actuação específicas, devendo os respectivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.”*
2. **“As Estruturas orgânicas devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade que permitam a realização, internamente contratualizada, dos respectivos programas de actividade com autonomia e responsabilidade, de modo a possibilitar formas de trabalho centradas prioritariamente no doente, de acordo com as boas práticas de gestão clínica.”**

Verificamos que após a leitura de alguns regulamento internos dos diversos hospitais E.P.E., que seguem na integra as linhas orientadoras do deste Decreto-Lei, que são publicadas no seu anexo II e que de certa forma é em tudo idêntico á organização dos hospitais SPA, que já foram atrás referenciadas. As diferenças nos regulamentos acentuam-se sobretudo no que refere à delineação da Estratégia, Missão e Visão que variam consoante o tipo de especialização de cada hospital.

Para finalizarmos abordagem legislativa dos hospitais destes últimos dez anos nomeadamente nos aspectos que contribuíram para implementação de uma gestão participativa por objectivos, consideramos que importante mencionar o Decreto-lei nº 309/2003 de 10 de Dezembro que cria a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que tem como objectivo a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, Sendo um órgão independente no exercício das suas funções.

Muito embora seja mais uma estrutura, considera-se de maior importância a sua constituição, por todas as reformas institucionais que surgiram nas entidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço nacional de Saúde, porque na maioria das instituições deixaram de estar sujeitas ao comando administrativo do estado, pois passaram a ter uma lógica empresarial e a depender portanto da quantidade e qualidade dos serviços que consigam produzir e prestar, gerando por isso potencialmente factores de competição que se podem tornar indesejáveis face às características peculiares do mercado da saúde e que só podem ser corrigidos por intervenção de uma entidade externa.

Neste sentido imponha-se uma reforma do sistema de regulação e supervisão, assente nos seguintes princípios:

- Separação da função do estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e financiador, mediante a criação de um organismo regulador especializado;
- Atribuição de uma forte independência ao organismo regulador, de modo a separar efectivamente as referidas funções e a garantir a independência da regulação, quer em relação ao estado operador quer em relação aos operadores em geral.

Estas são as razões principais para esta solução, em relação á tradicional solução de regulação governamental directa ou indirecta, por meio de direcções gerais e institutos públicos convencionais, submetidos a orientação ministerial.

Por um lado, a necessidade de estabelecer uma adequada distância entra a politica e o mercado, conferindo à actuação reguladora uma estabilidade que só uma autoridade independente pode proporcionar, justamente porque não sujeita a evoluções conjunturais.

Por outro, mantendo o estado, sobretudo nos serviços públicos, um papel muitas vezes decisivo como operador, então tudo justifica que o papel como regulador e como operador não se confundam, já que o regulador deve regular não somente os operadores sociais ou privados mas também os operadores públicos.

## CAPITULO II

### **Organismos e legislação que influenciaram a gestão da qualidade nos hospitais nos últimos 10 anos**

Nos hospitais públicos até 1999 a qualidade fazia-se realçar por duas vertentes, uma que se referia a aspectos de conforto que promoviam o bem estar e a outra as boas práticas clínicas, introduzindo-se aos poucos processos de melhoria continua que visavam alcançar recomendações científicas de orientação clínica. Não era observado até então a qualidade como ferramenta da gestão da organização de um hospital,

Podia-mos encontrar experiencias muito tímidas feita em alguns serviços dentro da organização hospitalar em que procuravam implementar um sistema de garantia da qualidade como ferramenta de gestão e aqui destacava-se o serviço de patologia clínica do hospital de São João no Porto que se encontrava em fase de certificação de harmonia com a norma ISO 9002.

Se a nível do sector empresarial português encontrava-mos algum dinamismo e crescimento na utilização dos processos de certificação da qualidade como vertente da gestão organizacional, um facto se constatava, é que apesar de existir a Comissão Sectorial para a Saúde, (CS 09), criada em 1996 no âmbito do Sistema Português da Qualidade e a desenvolver as suas actividades integrada no Instituto Português da Qualidade (IPQ), que tinha como objectivos gerais: analisar, promover e dinamizar as várias componentes que influenciam a Qualidade na Saúde e preparar recomendações para a respectiva melhoria, verificava-se que existia pouca actividade no sector da saúde que proporciona-se algum dinamismo para a implementação de sistemas da qualidade.

Durante o ano de 1999 o IPQ e o Hospital de Santa Cruz (HSC) aproveitando fundos de um quadro comunitário PEDIP II, estabeleceram um protocolo com o objectivo de efectuar um processo de certificação de garantia da qualidade ao abrigo das normas ISO 9001 e também do obterem uma acreditação ao abrigo das normas NP EN 45000, para os seus laboratórios.

Este protocolo veio a promover uma das maiores campanhas feitas para promover a aplicação de sistemas de gestão da qualidade para os serviços de saúde, envolvendo o Governo de então. Esta campanha teve o seu apogeu com a organização do Iº Simpósio Internacional de Sistemas da Qualidade nos Serviços de Saúde em 24 de Março de 1999 e que reuniu em Lisboa cerca de 2500 participantes na sua maioria chefes e directores de serviços de saúde de todo País e que contribuiu para uma dinâmica generalizada pelas diversas instituições de saúde que começaram a iniciar um trabalho específico para implementar processos de certificação na área da gestão da qualidade.

Esta acção fez despertar os órgãos de soberania do sistema nacional de saúde para que se envolvessem mais nos processos de gestão de garantia da qualidade que se procurava implementar e neste sentido é criado, no âmbito do Ministério da saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) através da portaria nº 288/99 de 27 de Abril, para funcionar na directa dependência da Direcção Geral de Saúde, estando dotado de autonomia científica, técnica e administrativa.

Desta portaria consideramos importante salientar os seguintes artigos:

### **Artigo 2º (Objectivos)**

*“Incumbe ao IQS, no quadro das medidas de politica de saúde superiormente estabelecidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos **que visem a melhoria continua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde**”.*

### **Artigo 3º (Atribuições)**

1) *“São atribuições do IQS:*

- a. Promover a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;*
- b. Promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades de saúde que permitam a sua acreditação;*

- c. *Promover o enquadramento da investigação e formação profissional continua;*
- d. *Prestar apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade da prestação de cuidados.*

2) *No âmbito das suas atribuições, o IQS pode celebrar acordos, contratos ou protocolos com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, designadamente com as universidades e outros estabelecimentos de ensino superior”.*

Uma das primeiras acções de promoção de sistemas da qualidade em que o IQS participou foi efectuada em conjunto com o IPQ na organização de um simpósio para a divulgação da temática na EXPONOR em 26 de Novembro de 1999, aproveitou de certa forma a dinâmica que o IPQ tinha criado para promover a introdução de sistemas da qualidade na saúde. Após esta iniciativa conjunta, o IQS desenvolve um conjunto de acções que visam o desenvolvimento de uma estratégia da qualidade para os serviços de saúde.

O IQS Enquadra a sua acção dentro da linha de orientação do ministério da saúde assume a qualidade como uma orientação estratégica pelo que conceptualizou e definiu uma política de qualidade na saúde, consubstanciada na criação e desenvolvimento do Sistema da Qualidade na Saúde, como um dos pilares do desenvolvimento do Serviço Nacional de saúde para o século XXI, pretendia substituir um **“voluntarismo bem intencionado”**, mas com poucos resultados e continuidade a nível global, por um desenvolvimento sustentado, baseado num inequívoco compromisso de liderança, garantindo e potenciando uma participação responsável dos diversos actores, a definição de uma estratégia de actuação e a identificação de objectivos e compromissos explícitos e claramente calendarizados. É com base nesta estratégia que consegue dispor cerca de três mil e quinhentos milhões de euros do III quadro comunitário de apoio, no Programa operacional da Saúde (Saúde XXI), destinado para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde para os anos 2000-2006 que é consubstanciado na medida 2.3 – Melhoria e certificação da qualidade.

**Neste sentido desenvolve oito projectos da qualidade para os serviços de saúde:**

**a) Monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuor CS)**

É um instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, consiste num conjunto de 163 critérios , organizados em seis áreas(organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação continua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos) que permitem a auto avaliação, a avaliação interpares e a avaliação externa.

**b) Qualidade Organizacional hospitalar – Protocolo IQS/KFHQS**

Foi assinado um protocolo de colaboração entre o Ministério da Saúde e o KING's Fund Health Quality Service (KFHQS). Esta organização constituía no Reino Unido, um processo único de acreditação, criado para as organizações de saúde, constituindo a mais importante entidade acreditadora do País.

O protocolo previa como principais objectivos a cooperação no desenvolvimento de projectos de investigação da qualidade na saúde e de metodologias e instrumentos para a melhoria continua da qualidade, o desenvolvimento e a validação para a realidade portuguesa da metodologia e normas do KFHQS.

E entre o final do ano de 1999 e o ano 2000 dezasseis hospitais portugueses iniciaram processos de certificação da qualidade ao abrigo das normas do KFHQS

**c) Projecto de melhoria continua**

A criação e disseminação de instrumentos e metodologias da qualidade foi assumida como um dos elementos essenciais para a melhoria da qualidade, neste sentido foi elaborado pela Direcção Geral de Saúde um protocolo de auto avaliação da qualidade no “diagnóstico e tratamento da depressão”, para utilização pelos médicos de família individualmente ou em grupo.

**d) Manual da qualidade na admissão e encaminhamento**

Projecto que visava melhorar os procedimentos no âmbito do atendimento e circuito do utente nas instituições de saúde e que foi iniciado em quinze hospitais e cinco centros de saúde.

**e) Avaliação da satisfação dos utentes (Eropepe –satisfação com o médico de família e o centro de saúde)**

Instrumento de avaliação do grau de satisfação dos doentes, validado pelo CEIS, Faculdade de Economia de Coimbra.

**f) Quali gest (qualidade na gestão)**

O quali gest é um modelo de auto avaliação da qualidade na gestão, de excelência organizacional, que foi desenvolvido em parceria com a associação portuguesa para a Qualidade (APQ), baseado no modelo da European foundation for Quality management (EFQM).

**g) Linhas de Orientação clínica**

Foram elaborados linhas de orientação terapêutica num conjunto de patologias mais frequentes.

**h) Avaliação da satisfação dos profissionais**

Questionário par avaliação do grau de satisfação das expectativas dos profissionais de saúde

Mas focando a nossa atenção nos hospitais porque foi este o nosso objecto de investigação pode-se salientar que durante o ano de 2003 já se encontravam em processo de acreditação, ao abrigo do protocolo com o King's Fund health Quality Service 20 hospitais e que tinham concluído a acreditação total, os hospitais Fernando da Fonseca, Amadora Sintra, hospital Pedro Hispano em Matosinhos, Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre; e

Hospital de São Teotónio em Viseu, foram entregues durante este ano também os primeiros 35 diplomas de auditores portugueses que foram actuar no âmbito do programa nacional de acreditação de hospitais.

Mas no final do ano de 2003 é publicado o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, publicação esta da responsabilidade do Ministério da Saúde e no que respeita à área da qualidade consta um pequeno capítulo em que faz caracterização da situação da altura e depois estabelece linhas de orientação estratégicas que devem ser seguidas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Consideramos importante transcrever alguns aspectos que foram caracterizados da qualidade da prestação de serviços de saúde de então:

➤ **“Escassa Cultura da qualidade**

- *É por todos visíveis que o nosso Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores.*
- *É, por outro lado, insuficiente a divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuram sinais de sucesso.*

➤ ***Défice organizacional dos serviços de saúde***

- *Os diagnósticos efectuados e publicados referentes ao desempenho dos serviços de saúde tem demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de lideranças em que estes trabalham.*

➤ ***Falta de indicadores de desempenho e de apoio á decisão***

- *Os principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião convergem na constatação da escassez (ou memo inexistência) de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do sistema de saúde ...”*

É curioso que neste documento não é dado qualquer ênfase ao esforço que diversas instituições se encontravam a fazer em termos de modificar o paradigma da sua cultura de qualidade, aponta de facto orientações estratégicas de intervenção em que concretamente se destaca:

➤ *“Intervir para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde*

- *Continuar-se-á a apostar na acreditação de hospitais, abrigo do protocolo com o Kings’s fund Health Quality ...”*

É de salientar que em termos de orientação deixa a “porta aberta” para que alguns projectos que estavam a ser implementados pelo IQS pudessem continuar e expressa claramente no que se refere a orientação estratégica para melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial que sejam implementados um sistema de garantia da qualidade com as normas ISO 9000 e a norma portuguesa 17025.

Mas a orientação estratégica na área da qualidade inserida no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 é de certa forma decepcionante porque na sua maior parte se baseia numa percepção da qualidade como se tinha anterior ao ano 1999 com ênfase em padrões de conforto, humanização, e boas práticas clínicas, não procurando incentivar a gestão da qualidade como ferramenta da gestão organizacional, o que é de facto um desincentivo face á dinâmica que se encontrava a ser instaurada nos hospitais Portugueses e, a concretização deste plano poderia ser um pronuncio de **“morte” do IQS.**

Apesar durante o ano de 2004, ter si assinado um protocolo de acreditação para hospitais SA com a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations que envolvia sete hospitais e centros hospitalares para implementarem um sistema de gestão da qualidade de harmonia com esta organização norte americana, verificamos a extinção do IQS em Outubro de 2006 com a publicação do Programa de Administração Central do Estado (PRACE) através do Decreto Lei nº 212/2006 que tinha como objectivo a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência pela simplificação, racionalização e automatização, que permitam a diminuição do número de serviços e de recursos a ele afectos. Desta forma e de harmonia

com a alínea c) do nº 2 do artigo 26º do referido Decreto Lei é extinto o Instituto da Qualidade em Saúde e as atribuições que tinha referente á área da qualidade foram integradas na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (ACSS), organismo este criado pelo mesmo Decreto Lei.

Por coincidência ou não, verificamos que o IQS é criado no momento em que existe disponível dinheiro do III quadro de apoio comunitário à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, nomeadamente para a melhoria da certificação da qualidade e que é disponibilizado para os anos 2002 a 2006 e que extingue quando o dinheiro dos fundos comunitários se acaba.

No entanto só cerca de sete meses após a criação da ACSS é que é aprovada a orgânica deste instituto através do Decreto lei nº 219/2007 de 29 de Maio em que a sua natureza é integrada na Administração indirecta do Estado, dotado de autonomia financeira e com património próprio e prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob a superintendência do respectivo ministro, engloba-se na sua missão a de promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como proceder á definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde nas áreas da sua intervenção.

As atribuições da ACSS são muito amplas e de grande dimensão e a qualidade é apenas uma pequena “gota de água” pelo que dificilmente poderá ser dada a atenção de quando estava sob a alçada do IQS, em que a principal razão da sua existência era acompanhar e desenvolver processos relacionados com a qualidade, prova disto é a publicação dos estatutos da ACSS através da portaria nº 646/2007 de 30 de Maio onde define no seu artigo 19º as competências que lhe estão atribuídas e que são muito vasta abrangendo dezasseis áreas diferentes distribuídas pelo mesmo número de alíneas e das quais se considera oportuno salientar a alínea:

- a) “Promover a implementação de sistemas de gestão da qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde conducentes à sua qualificação;
  
- o) Acompanhar a evolução nacional e internacional das melhores práticas de gestão da qualidade”.

É importante referir que nos hospitais se continuou a desenvolver acções de implementação de sistemas da qualidade e existiam hospitais que criaram um dinâmica que era praticamente impossível retroceder, porque as administrações e os profissionais abraçaram os projectos de acreditação e certificação da qualidade e fizeram questão de concluir os projectos em que se envolveram. Também houve hospitais que não se verificaram a conclusão dos projectos e o fraco acompanhamento da tutela permitiu que ninguém pedisse responsabilidades pelas verbas que receberam para implementar os projectos e que não tiveram êxito.

Conscientes desta situação e por se perceber que esta falta de acompanhamento resultava numa desresponsabilização dos hospitais face aos compromissos assumidos em termos da qualidade e ao mesmo tempo se constatar que a ACSS que era uma mega estrutura que não conseguia dar qualquer resposta em termos da qualidade, o governo reconhece que a extinção do IQS e a integração das suas competências na área da qualidade na ACSS não era funcional pelo que Publicou o Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro transferindo as competências atribuídas à ACSS em matéria de qualidade novamente para a Direcção Geral de Saúde (DGS), ou seja mais de dois anos após a publicação do Decreto Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro passou a ter um redacção diferente e que salientamos a alínea c) do artigo 14º que refere que a DGS *“promove o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, actividades e programas de melhoria continua da qualidade clínica e organizacional”*.

É neste sentido que a DGS que é altera a regulamentação da sua orgânica no que se refere à sua missão e atribuições através da publicação do Decreto Regulamentar nº 21/2008 de 2 de Dezembro acrescentado uma nova redacção no nº 2 do artigo 2º nomeadamente nas alíneas c) e d) que referem o seguinte:

- c) *“Elaborar e difundir normas de boas práticas e orientações para o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde;*
- d) *Promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, actividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional;...*”

E claramente a DGS passou a ter competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde, neste sentido procurou adaptar a sua estrutura nuclear com a criação do Departamento da Qualidade na Saúde, que é efectuado através da portaria nº 155/2009 de 10 de Fevereiro, onde é atribuído competências a este departamento, nomeadamente a coordenação e avaliação de actividades e programas de melhoria continua da qualidade clínica e organizacional.

O Departamento da Qualidade em Saúde que é sucedâneo do IQS e da ACSS ficou de promover e disseminar nas instituições prestadoras de cuidados de saúde uma cultura de melhoria continua da qualidade, pelo que lhe foi atribuído a coordenação das propostas efectuadas no âmbito da estratégia nacional para a promoção da qualidade nesta área.

Considerou então a ministra da saúde que este departamento deveria ter o apoio de especialistas de reconhecido mérito em matéria da qualidade na saúde, para que possam apoiar as decisões com a sua mais valia de base científica e experiência específica nesta área. É neste sentido que emite o Despacho nº 13793/2009 publicado em 16 de Junho, criando o Conselho para a Qualidade na Saúde, em que lhe é dada a missão de apoiar o Departamento da Qualidade da Saúde na materialização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, através da emissão de recomendações sobre matérias que se insiram no âmbito da sua actividade, tendo em vista a melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde e a segurança dos doentes.

Mas a intervenção da ministra da saúde não ficou por aqui, pois alguns dias depois emite o Despacho nº 14223/2009 onde aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Neste despacho também clarifica o papel de cada um dos intervenientes nomeadamente o que deve fazer o Departamento da Qualidade em Saúde, assim como o do Conselho para a Qualidade da Saúde, ou seja de certa forma põe um fim à confusão crescente de quem era afinal responsável pela implementação da política da qualidade nos serviços de saúde, no meio da panaceia de legislação que se vinha aglomerar e sem observarmos acções práticas da intenção destas políticas, consideramos importante fazer referência a alguns pontos deste despacho, nomeadamente no que diz:

## **Ponto nº 2**

*“O Departamento da Qualidade na Saúde da DGS deve criar um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados e promover o seu empenho voluntário na melhoria continua, consolidando a cultura da qualidade integral”.*

### **III prioridades Estratégicas**

- 1) “Qualidade Clínica e organizacional;*
- 2) Informação transparente ao cidadão;*
- 3) Segurança do doente;*
- 4) Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;*
- 5) Gestão integrada da doença e inovação;*
- 6) Gestão da mobilidade internacional de doentes;*
- 7) Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço nacional de Saúde”*

### **VIII – Horizonte temporal**

*“A estratégia nacional para a Qualidade na Saúde visa num horizonte temporal médio e de longo prazo de médio e longo prazo, a promoção da aproximação à excelência na prestação de cuidados de saúde, através da garantia da sua qualidade e da sua melhoria continua, para benefício dos cidadãos utilizadores dos sistema de saúde e satisfação dos seus profissionais.*

*A evolução da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde é tornada pública anualmente.*

*Pretende assim, através da sua implementação num prazo de cinco anos e da sua consolidação ao fim de 10 anos, uma abordagem integral, que venha permitir a garantia generalizada da qualidade dos diferentes elementos que intervêm na prestação de cuidados de saúde.”*

Muito embora tenha sido evidente que nos últimos dez anos a Gestão da Qualidade como ferramenta da Gestão Organizacional se tenha revelado através de muitas controvérsias legislativas, pelo o conjunto de diplomas publicados que quebravam constantemente qualquer rumo de orientação, constatamos que actualmente nos registo do Instituto Português de Acreditação se encontram mais de cem serviços inseridos em mais de duas dezenas de hospitais e centros hospitalares com certificação da NP EN ISO 9001:2000, e podemos encontrar pelo país vários hospitais com acreditação do KFHQS, outros já em processo de implementação do sistema de acreditação da Joint Commission Internacional (JCI), ou seja é uma dinâmica que obriga a tutela de facto a ter que ter obrigatoriamente uma estratégia para qualidade dos serviços de saúde, sob pena do “topo” da pirâmide (Ministério da Saúde) ser ultrapassado pelas “bases” (serviços de saúde).

## Conclusão

Na pesquisa inicial (1998-1999) verificou-se que o processo de entendimento da GPO, pelos AD(s), enquanto vertente estratégica para a GQ, ocorria através da operacionalização dos saberes de gestão que os AD(s) transportavam, nos diferentes contextos hospitalares. Admitindo, estes que a GPO, enquanto vertente estratégica de um Sistema de Gestão da Qualidade, não poderia ser episódica, conjuntural ou exercitada apenas por alguns Administradores ou chefias mais disponíveis, sendo da responsabilidade da Administração, estabelecer de forma organizada, responsabilidades pela prossecução da sua política e objectivos da «qualidade». Contudo, emergia o reconhecimento de que as práticas dos AD(s) adquiriam configurações que as desarticulam das concepções de gestão.

Confirmou-se, assim a hipótese central da pesquisa, quanto à tentativa de accionar as modalidades quotidianas de acção de gestão por parte dos AD(s), de modo a estruturarem-se estratégias, que permitam a operacionalização da GPO, enquanto vertente estratégica da GQ. Confirmou-se igualmente os condicionamentos contextuais e geracionais, que nessa recomposição e nessas estratégias se inscrevem.

Efectivamente, verificou-se ser central na determinação das diferentes possibilidades para as estratégias de concepção de gestão e desiguais práticas de gestão, os desiguais contextos, apreendida na comparação entre H.Distritais e H.Centrais. Podia-se, materializar essas desiguais possibilidades, na específica natureza do trabalho de cada tipo de hospital (**nota 22**), mas também nas diferentes formas de implicação profissional que em cada um destes contextos se geravam. Era nos H.Centrais, que os AD(s) sentiam maiores dificuldades em accionar os mecanismos e processos promotores da GPO.

Comprovou-se, então, como estas diferentes condições contextuais, davam lugar a diferenciadas estratégias de operacionalização da GPO, e como sobretudo se demonstrou, eram os AD(s) com mais «*experiência profissional*», que conseguiam contornar mais facilmente os constrangimentos organizacionais que dificultavam a operacionalização dos métodos e instrumentos da GPO.

Ao sublinhar-se esta segmentação contextual nas estratégias de gestão destes profissionais, pretendia-se igualmente, colocar em evidência de como esta, constituía um factor de vulnerabilidade para o aparecimento e imposição dos constrangimentos organizacionais, às práticas de gestão dos AD(s).

São estes condicionantes uns de natureza estrutural, outros formais e ainda de natureza informal que permaneciam, coartando as possibilidades de mudança de uma cultura e que se evidenciava como elemento redutor do alcance da GPO, enquanto vertente estratégica para a GQ. Mudança essa, que para ter sucesso, para além de ter que contar como o topo da cadeia hierárquica (Governo) terá de contar também com a adesão e empenhamento de todos os que na primeira linha, têm por dever prestar serviços na cadeia de saúde do hospital.

Contudo, e como em alguma parte deste trabalho se sublinhou, estes limites, não despojam o alcance do impacto da GPO, na GQ. Como se demonstrou, a **Gestão Hospitalar** veio a ser reinvestida na deslocação das tradicionais formas de gestão, para o alargamento de processos informais de negociação, legitimada na especificidade das competências, e enquanto «espaço» de visibilidade da sua revalorização social e profissional.

Se bem que nesta investigação, se tenham desbravado planos de análise fundamentais para um conhecimento da concepção e práticas dos AD(s), a partir destes, outros espaços de interrogação e do necessário aprofundamento, se afiguravam pertinentes, nos quais se revelavam, tanto os limites, como os contributos desta pesquisa.

Assim, e no plano da **Gestão Hospitalar**, figurava-se como indispensável para o desenvolvimento da acção dos AD(s) o recurso à flexibilidade, de modo a que se facilita-se o aparecimento de estratégias contextuais, que permitissem cobrir novas problemáticas emergentes, designadamente, que se pudesse aprender, como os saberes analíticos de gestão dos AD(s), foram consolidados e articulados com os saberes de crescente adaptação, solicitados pelos contextos hospitalares.

E, finalmente, no que respeita à natureza e forma de instrumentalização dos constrangimentos organizacionais, com que os AD(s) se deparamvamos viemos a verificar na segunda parte da pesquisa(2009) que se desenvolveu um conjunto de legislação que permitiu flexibilizar as funções dos AD(s) face á GPO com estratégia da Gestão da qualidade.

Muito embora se tenha extinto a figura de AD(s) no ano de 2002, um facto é que as suas funções foram aoborvidas pelo o Conselhode Administração como órgão e, no que respeita à Gestão da Qualidade foram criados por imperativos legais comissões de humanização e da qualidade nos hospitais, que obviamente tiveram um papel propulsor no desenvolvimento da GPO como estratégia da Gestão da Qualidade.

Por ultimo podemos verificar que na ultima década muito embora tenha havido uma panacea de legislação que influenciou directamente toda a temática tratada nesta pesquisa, verificamos que se deu um “passo de gigante” em termos de GPO e Gestão da Qualidade, aparecendo dezenas de hospitais com implementação de sistemas de acreditação e sistemas de garantia da qualidade, apesar disto evidencia-se alguma confusão sobre que papel o topo da hierarquia (governo) tinha sobre este processo, nomeadamente se estava a ser rebocado pelas bases (hospitais) ou se liderava efectivamente a implementação de sistemas da qualidade. Como resposta a esta dúvida verificou-se que ao terminarmos o ano 2009 a Ministra da saúde toma uma posição que aparentemente clarifica uma estratégia da qualidade para os serviços de saúde.

Resta-nos interrogar se esta estratégia será a adequada e o consolo que pelo menos há uma linha de orientação a seguir.

# **NOTAS DOS CAPÍTULOS**

## NOTAS

- 1) Conforme classificação da direcção Geral de Saúde.
- 2) A Gestão Participativa por Objectivos, visa uma gestão mais eficaz e eficiente e a Gestão da qualidade, visa o utente (efectividade).
- 3) Ainda que sem acrescentar nada de novo ao que, a propósito, outros investigadores têm sublinhado, reitera-se que a ordem metodológica das sucessivas fases da construção teórica, não é necessariamente coincidente com a sua ordem de evolução e amadurecimento, no trabalho de reflexão do investigador.
- 4) A teoria da “acção estratégica”, tem a sua génese no estrutural - funcionalismo de Weber e Parsons. Contudo, a produção teórica de Crozier tem sido no sentido da reelaboração crítica destes paradigmas, acentuando a sua demarcação dos determinismos que lhe são subjacentes, ao inverter o modelo analítico que por este é utilizado, isto é, privilegiando a análise da acção dos actores para chegar á explicação dos sistemas, regeitando portanto o modelo estrutural-funcionalista da análise dos Sistemas para a explicação da acção dos actores (conf. Crozier, 1977).
- 5) Segundo Fey, R. e Gogue,J.(1983), o Manual da qualidade, constitui um factor chave para conseguir promover a motivação para a qualidade (...), elaborado de acordo com o sistema e, difundido a toda a organização.
- 6) Na sequência das etapas do ciclo esquematizado os respectivos desenvolvimentos traduzem:

**Planear:** incorpora uma acção de definição do fim ou objectivo assim como a determinação dos meios a utilizar para atingir, nomeadamente a elaboração de normas ou padrões.

**Executar:** compreende acções de comunicação, de implantação dos meios materiais e motivação do pessoal. A execução transforma ou põe em acção os

meios para, de acordo com procedimentos e padrões definidos na etapa anterior, atingir os objectivos estabelecidos.

**Controlar:** O controlo é a medição do resultado do que foi executado, o confronto das medidas apuradas com as definidas como padrão. Os resultados com desvios relativamente ao padrão, configuram defeitos.

**Corrigir:** A correcção é executada, através do processo produtivo, que é informado dos desvios e induzido a introduzir rectificações na execução, recolocando os padrões e procedimentos ao nível adequado de cumprimento.

- 7) Entenda-se amostra, como subconjunto de elementos da população recolhida com o objectivo de “estimar” os verdadeiros valores das características da população.
- 8) Para se trabalhar com uma amostra probabilística é necessário possuir uma listagem de todos os elementos do universo, como foi o caso da análise.

Sempre que possível deve-se trabalhar com uma amostra probabilística, pois apenas nesta se pode:

- Calcular os Intervalos de Confiança, dentro dos quais se encontram, com um dado nível de confiança.
- Medir o erro associado às estimações realizadas.

- 9) No anexo A “instrumentos de recolha de informação”, é apresentado um exemplar de cada questionário utilizado. Sobre a construção do questionário, enquanto técnica de investigação referem-se particularmente, Lima, M.P.(1981); Ferreira, V. (1987); Ghiglione, R. (1987).
- 10) O “pré teste” não foi efectuado aos AD(s) que iriam ser inquiridos, mas a Administradores Hospitalares, que já exerceram funções de AD(s). Após o “pré-teste”, foram efectuadas reformulações no “questionário” relativas, apenas à ordem de apresentação das variáveis e indicadores.
- 11) Sobre as características, potencialidades e limites das diferentes técnicas quantitativas que se utilizaram remete-se particularmente, para as obras dos

seguintes autores, Kim (1978); Ferrando (1982); Lagarde (1983); Reis (1990), Bryman (1992).

12) É um teste “não paramétrico”, essencialmente de aderência que permite testar se a amostra foi extraída de uma população com distribuição Normal.

Utiliza-se este teste por duas razões:

- Porque se está a trabalhar com uma amostra pequena;
- Porque as variáveis em causa A3 e A5, são variáveis que admitem a escala ordinal (ver questionário II)

13) Interpretou-se que a transição de um AD, de um Hospital Distrital de um Nível I para H:D geral e posteriormente para H. Central, como referente simbólico de “reconhecimento”, entendido como mobilidade ascendente.

14) Dos trinta e seis AD(s), só um é que não era detentor do curso de Administração hospitalar.

15) Embora o Hospital, como organização burocrática e complexa detenha alguns traços que são conformes ao “tipo-ideal” de Weber, estudos produzidos, dentro da área de gestão hospitalar, tem vindo a demonstrar que o hospital moderno difere em muitos aspectos deste “tipo-ideal”.

16) Convém reter que a composição da rede hospitalar portuguesa é predominantemente composta por H. Distritais Gerais. Em virtude do número de H. Distritais de Nível I, na nossa amostra ser estatisticamente insignificante, foi integrado analiticamente nos H. Distritais Gerais.

17) A AFÇO, permite-nos avaliar a validade factorial dos indicadores, informando-nos até que ponto estão correlacionados.

Numa primeira análise factorial desta informação, definiram-se alguns indicadores em associação isolada, pelo que foram retirados e, submetidos os restantes a nova análise factorial. É a partir desta ultima que se desenvolve a interpretação dos resultados (conf. Bryman (1992), pp. 167-168)

- 18) Um dos critérios convencionados para a definição de “força” de uma correlação é a seguinte tabela (0.20 a 0.30) – baixa; (0.40 a 0.69) – moderada; (0.70 a 0.89) – alta; (0.9 a 1) – muito alta.
- 19) Teste não paramétrico. Utiliza-se fundamentalmente para testar a distribuição de variáveis de escala nominal, que assumem um número finito.
- 20) A Análise de Clusters, são procedimentos de estatística multivariada, que tem como objectivo abranjer um conjunto de indivíduos – grupos relativamente homogéneos (conf.Reis (1993), p 79).
- 21) Segundo Perrow (1993, p. 113), Médicos e Administradores são dois grupos que detêm tarefas difíceis e críticas do hospital. Respectivamente no primeiro caso através do desenvolvimento de projectos de especialização médica e técnica, no segundo caso, através de projectos de racionalização que demonstram capacidade de controlo e coordenação da gestão do hospital.
- 22) Não podemos controlar esta dimensão analítica, na medida em que o instrumento de colheita de dados, não contemporizar variáveis para a sua determinação.

# **BIBLIOGRAFIA**

- 1) ALMEIDA, J., e outros, A INVESTIGAÇÃO NAS CIÊNCIAS SOCIAIS, Lisboa, Presença, 1975.
- 2) BEAUMONT, R., “Des estruturas participatives operationnelles en milieu hospitalier”, in GESTIONS HOSPITALIÈRES, Paris, 1978.
- 3) CAROL, J., “Quality assurance in the hospital – making it work”, in CAN. MED. ASSOC., Vol.133, Otava, 1985.
- 4) CRAIG, A., *et al.*, “Implementing continuous quality improvement (CQI) in hospitals”, in QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE, Vol.3, nº3, London, 1991.
- 5) CROZIER, M., “De la bureaucratie comme système d’organisation”, in ARCHIVES EUROPÉENNES DE SOCIOLOGIE, nº1, Tome II, 1961.
- 6) CROZIER, M., *et al.*, L’ACTEUR ET LE SYSTÈME, Paris, Seuil, 1977.
- 7) DEPS., A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 1994.
- 8) DORIS, EDDWARD, H., MANAGEMENT BY OBJECTIVES, Budgeting, 1996.
- 9) DRUCKER, P., THE NEW SOCIETY: THE ANATOMY OF THE INDUSTRIAL ORDER, N. York, Harper & Row, 1952.
- 10) DRUCKER, P., THE PRACTICE OF MANAGEMENT, N. York, Harper & Brothers, 1954.
- 11) DRUCKER, P., MANAGEMENT FOR RESULTS, N. York, Harper & Row, 1964.
- 12) DRUCKER, P., “How effective executive”, in MANAGEMENT REVIEW, N. York, 1968.

- 13) FERRANDO, M. G., SOCIOESTADÍSTICA – INTRODUCCION A LA ESTADÍSTICA EN SOCIOLOGIA, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1982.
- 14) FEY, R; GOGUE, J., PRINCÍPIOS DA GESTÃO DA QUALIDADE, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.
- 15) GESTÃO DA QUALIDADE- 1995, Ed. Secretariado para a Modernização Administrativa.
- 16) GRAHAM, N., QUALITY ASSURANCE IN HOSPITALS STRATEGIES FOR ASSESSMENT AND IMPLEMENTATION, N. York, Rockville, 1982.
- 17) GHIOLIONE, R.; MATALON, B., O INQUÉRITO, Oeiras, Celta Editora, 1992.
- 18) HINCKLEY, C., “Defining the best quality-control systems by design and inspection”, in CLINICAL CHEMISTRY, in N. York, Vol.43, nº5, 1997.
- 19) JURAN, J., “Universals in management planning and controlling”, in THE MANAGEMENT REVIEW, N. York, 1954.
- 20) LAGARDE, J., INITATION À ANALYSE DES DONNÈS, Paris, Bordas, 1993.
- 21) LIMA, P. M., INQUÉRITO SOCIOLÓGICO, Lisboa, Presença, 1981.
- 22) LUCAS, S., “Avaliar para garantir a eficácia do sistema de saúde” in REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA, Vol.2, nº3, 1984.
- 23) MOULET, A., “Dynamique participative, techniques et gestion”, in GESTIONS HOSPITALIÈRES, Paris, 1980.
- 24) ODIORNE, G., HOW MANAGERS MAKE THINGS HAPPEN, New Jersey, Prentice-Hall, 1961.

- 25) ODIORNE, G., MANAGEMENT DECISIONS BY OBJECTIVES, New Jersey, Prentice-Hall, 1969.
- 26) O'LEARY, D., "From quality assurance to quality improvement", in EMERGENCY MEDICINE CLINICS, Vol.10, nº3, N. York, 1993.
- 27) OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE(OPSS). "Conhecer os caminhos da saúde: relatório primavera". LISBOA: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. UNL, 2001
- 28) OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE(OPSS). "Novo Serviço Público de Saúde: novos desafios: Relatório Primavera".COIMBRA. MAR DA PALAVRA, 2005
- 29) OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE(OPSS). "luzes e sombras: Relatório Primavera".COIMBRA. MAR DA PALAVRA, 2007
- 30) OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE(OPSS). "O futuro do Sistema de Saúde Português: Saúde 2015". LISBOA: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. UNL, 2009
- 31) PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Saúde , um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século: 1998-2002. LISBOA: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 1999
- 32) PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. "Monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde: MoiQuOrCS". ; LISBOA: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 1999
- 33) PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. "Instrumentos para melhoria continua da qualidade". ; LISBOA: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 1999

- 34) PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. “Qualidade Organizacional hospitalar: protocolo IQS/KFHQS”.. ; LISBOA: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2000
- 35) PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. “Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos” ; LISBOA: DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2004
- 36) PERROW, C., “The analysis of goals in complex organizations”, in AMERICAN SOCIOLOGICAL REVIEW, N. York, 1961.
- 37) QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L., MANUAL DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, Lisboa, Gradiva, 1992.
- 38) REIS, V., “Avaliação do rendimento em estabelecimentos hospitalares”, in 1º JORNADAS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, Lisboa, E.N.S.P., 1977.
- 39) ROCHA, J., “O Hospital: estrutura, dinâmica de gestão, desenvolvimento organizacional, propostas convergentes”, Tese de Dissertação, Lisboa, E.N.S.P., 1985.
- 40) ROCHA, J., “A actual organização interna do hospital público português”, in REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA, Vol.2, nº1, Lisboa, 1984.
- 41) ROCHA, J. A. OLIVEIRA. “Gestão da Qualidade, aplicação aos serviços públicos”. LISBOA: ESCOLAR EDITORA, 2006
- 42) SCHEID, P., CHARTER OF ACCOUNTABILITY FOR EXECUTIVES, N. York, McGraw-Hill, 1975.
- 43) SCHELH, E., “Management by objectives: some principles for making it work”, in THE MANAGEMENT REVIEW, N. York, 1959.

- 44) SCHELH, E., MANAGEMENT BY RESULTS: THE DINAMICS OF PROFITABLE MANAGEMENT, N. York, McGraw-Hill, 1961.
- 45) SHAW, C., “Quality assurance in the United Kingdom”, in QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE, Vol.5, nº2, London, 1993.
- 46) SILVA, J. C., “Garantia de qualidade dos cuidados médicos hospitalares – uma perspectiva global” in VI JORNADAS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, E.N.S.P., Lisboa, 1985.
- 47) STAIR, T., “Quality assurance”, in PRACTICE MANAGEMENT AND ADMINISTRATION, Washington, 1987.
- 48) SUÑOL, R., “Experiência da implantação de um programa de garantia de qualidade em Espanha”, in VI JORNADAS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, E.N.S.P., Lisboa, 1985.
- 49) VROOM, M., WORK AND MOTIVATION, N. York, Wiley, 1964.
- 50) WARREN, K., LONG-RANGE PLANNING: THE EXECUTIVE VIEWPOINT, N. Jersey, Prentice-Hall, 1966.
- 51) WILLIAMS, R., “Public policy and quality assurance”, in EMERGENCY MEDICINE CLINICS, Vol.10, nº3, N. York, 1992.

### **Legislação apresentada por ordem cronológica**

1. Decreto-Lei nº 101/80 de 8 de Maio
2. Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de janeiro
3. Decreto-lei nº 19/88 de 21 de Janeiro
4. Lei nº 48/90 de 24 de Agosto
5. Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro
6. Decreto - Lei nº 134/96 de 13 de Agosto
7. Decreto-Lei nº 135/96 de 13 de Agosto
8. Lei nº 47/90 de 24 de Agosto
9. Lei 48/90 de 24 de Agosto
10. Decreto-Lei nº 253/98 de 11 de Março
11. Decreto-Lei nº 401/98 de 17 de Dezembro
12. Portaria nº 288/99 de 27 de Abril
13. Decreto-Lei nº 68 de 26 de Abril
14. Decreto-Lei nº 39/2002 de 26 de Fevereiro
15. Decreto\_lei nº 185/2002 de 20 de Agosto
16. Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro
17. Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril
18. Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto
19. Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de Dezembro

20. Decreto-Lei nº 233/2004 de 3 de Dezembro
21. Decreto-Lei nº 93/2005 de 7 de Junho
22. Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro
23. Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho
24. Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de Outubro
25. Decreto-Lei nº 219/2007 de 29 de Maio
26. Decreto-Lei nº 22/2007 de 29 de Maio
27. Portaria nº 644/2007 de 30 de Maio
28. Portaria nº 646/2007 de 30 de Maio
29. Decreto-Lei nº 276A/2007 de 31 de Julho
30. Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro
31. Decreto Regulamentar nº 21/2008 de 2 de Dezembro
32. Portaria nº 155/2009 de 10 de Fevereiro
33. Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro
34. Despacho nº 13793/2009 Gabinete da Ministra da Saúde de 16 de Junho
35. Despacho nº 14223/2009 Gabinete da Ministra da Saúde de 24 de Junho

# **ANEXO I**

Nota: As respostas a este questionário são confidenciais

## QUESTIONÁRIO 1

### A - CARACTERIZAÇÃO

A.1. Sexo.

Feminino  (1)

Masculino  (2)

A.2. Ano em que terminou o Curso de Administração Hospitalar: \_\_\_\_\_

A.3. Hospital em que exerce funções: \_\_\_\_\_

A.4. Exerce as funções de Administrador Delegado, neste Hospital:

[ menos de 3 meses ]  (1)

[ 3 meses a 6 meses ]  (2)

[ 6 meses a 1 ano ]  (3)

[ 1 ano a 2 anos ]  (4)

[ 2 anos a 3 anos ]  (5)

[ mais de 3 anos ]  (6)

### B - GESTÃO DA QUALIDADE

B.1. Existe «Comissão da Qualidade» neste Hospital ?

Sim:  (1)

Não:  (2)

B.2. Em que ano iniciou funções? \_\_\_\_\_

B.3. Indique o número de profissionais por categorias que se encontram representados na «Comissão da Qualidade» :

Categorias Profissionais	Nº de Elementos
1. Administradores Hospitalares	
2. Médicos	
3. Enfermeiros	
4. Assistentes Sociais	
5. Outros	

V.S.F.F.

B.4. Dos profissionais referenciados, quais os que se encontram em regime de exclusividade na «Comissão da Qualidade» ?

Categorias Profissionais	
1. Administradores Hospitalares	
2. Médicos	
3. Enfermeiros	
4. Assistentes Sociais	
5. Outros	

B.5. Durante o ano de 1997, quantas reuniões teve a «Comissão da Qualidade» com o Conselho de Administração? \_\_\_\_\_

B.6. Existem verbas orçamentadas e disponibilizadas à «Comissão da Qualidade»?

Sim:  (1)

Não:  (2)

B.7. Existem «Programas da Qualidade», já definidos neste Hospital ?

Sim:  (1)

Não:  (2)

B.8. Se respondeu SIM, explicita:

Designação das áreas:	Data de início	Situação actual	Grupos profissionais envolvidos
1.	1.1. / /	1.2. Terminado <input type="checkbox"/> 1.2.1. Em curso <input type="checkbox"/>	1.3. _____ _____
2.	2.1. / /	2.2. Terminado <input type="checkbox"/> 2.2.1. Em curso <input type="checkbox"/>	2.3. _____ _____
3.	3.1. / /	3.2. Terminado <input type="checkbox"/> 3.2.1. Em curso <input type="checkbox"/>	3.3. _____ _____
4.	4.1. / /	4.2. Terminado <input type="checkbox"/> 4.2.1. Em curso <input type="checkbox"/>	4.3. _____ _____
5.	5.1. / /	5.2. Terminado <input type="checkbox"/> 5.2.1. Em curso <input type="checkbox"/>	5.3. _____ _____
6.	6.1. / /	6.2. Terminado <input type="checkbox"/> 6.2.1. Em curso <input type="checkbox"/>	6.3. _____ _____

Muito Obrigado Pela Colaboração !

## **ANEXO II**

Nota: As respostas a este questionário são confidenciais



**A- CARACTERIZAÇÃO**

A.1. Sexo

Feminino  (1)

Masculino  (2)

A.2. Ano em que terminou o Curso de Administração Hospitalar: \_\_\_\_\_

A.3. Hospital onde exerce funções:

Central..... (1)

Distrital..... (2)

Distrital Nível Um..... (3)

A.4. Dimensão do Hospital ( lotação de camas ) ? \_\_\_\_\_

A.5. Exerce funções de Administrador(a) Delegado(a), neste Hospital:

[menos de 6 meses]...  (1)

[6 meses a 2 anos] ...  (2)

[2 anos a 4 anos] .....  (3)

[4 anos a 6 anos] .....  (4)

[6 anos a 10 anos] .....  (5)

[mais de 10 anos]..... (6)

A.6. Indique a sua trajectória profissional, enquanto Administrador(a) Delegado(a)?

	Ano em que exerceu ( de 19... a 19... ) (1)	Hospital (2)	Tipo de Hospital (3) Central: 1 Distrital: 2 Distrital Nível Um:3
1ª Vez			
2ª Vez			
3ª Vez			
4ª Vez			

## B- CONCEPÇÃO DE GESTÃO

B.1. Que critérios considera que globalmente melhor orientam a «tomada de decisão» na gestão dos Hospitais?

(Numa escalade 1 a 7, atribua um valor, sendo: 7 = o menos prioritário)

Critérios	Escala
1. Qualidade de serviço	
2. Melhoria das condições de trabalho	
3. Projectos de reorganização	
4. Económicos	
5. Aumento da Eficiência dos profissionais	
6. Acessibilidade	
7. Equidade	

B.2. Considera que os métodos/instrumentos que os gestores hospitalares devem utilizar como metodologia para a «tomada de decisão», devem preferencialmente ter por base:

(Numa «escala de importância» 1 a 5, atribua um valor, sendo: 5 = o menos importante)

Métodos/instrumentos	Escala
1. Planeamento	
2. Controlo de Gestão	
3. Liderança	
4. Auditoria	
5. Sistema de Informação	

B.3. Que importância atribui ao garante da Convergência dos:	Muito Importante (1)	Importante (2)	Pouco Importante (3)	Nada Importante (4)
1. Objectivos individuais dos profissionais com os objectivos globais da instituição				
2. Objectivos da organização com os dos próprios utilizadores.				

B.5.- Assinale com um círculo, em cada escala a posição que melhor corresponde à sua opinião, face à estrutura do modelo de gestão «ideal» do Hospital:

B.5.1.

1.....2.....3.....4.....5  
Comunicação e  
informação sobretudo  
através da hierarquia superior/subordinado  
Comunicação e  
informação matricial

B.5.2.

1.....2.....3.....4.....5  
Autoridade  
descentralizada  
Autoridade  
concentrada  
hierarquicamente

B.5.3.

1.....2.....3.....4.....5  
Responsabilidade  
atribuída a algumas  
posições específicas na organização  
Responsabilidade partilhada  
por todos os membros  
da organização

B.5.4.

1.....2.....3.....4.....5  
Centralização  
das decisões  
Descentralização  
das decisões

B.5.5.

1.....2.....3.....4.....5  
Poucas diferenças  
em termos de  
poder, status  
e regalias entre  
os níveis hierárquicos  
Muitas diferenças  
em termos de poder,  
status e regalias entre  
os níveis hierárquicos

B.5.6.

1.....2.....3.....4.....5  
Ajustamento e  
continua definição  
de tarefas, papéis e  
funções conforme as  
circunstâncias  
Definição estrita  
de tarefas, papéis  
e funções

B.5.7. 1.....2.....3.....4.....5  
Estrutura da organização relativamente fixa      Estrutura da organização continuamente adaptável a novas situações

B.5.8. 1.....2.....3.....4.....5  
Coordenação conseguida basicamente através da hierarquia de procedimentos administrativos bem definidos      Coordenação conseguida através de múltiplos meios e da interacção pessoal

B.5.9. 1.....2.....3.....4.....5  
Premiar a contribuição individual para a organização      Premiar a lealdade e a obediência

B.5.10. 1.....2.....3.....4.....5  
Perspectiva integrada de serviços      Departamentos e funções específicas e mutuamente exclusivos

## C-PRÁTICAS DE GESTÃO

C.1. Enquanto Administrador(a) Delegado(a), que importância atribui às seguintes medidas?

	Muito Importante (1)	Importante (2)	Pouco Importante (3)	Nada Importante (4)
1. Reduzir o número de escalões hierárquicos				
2. Criar grupos de trabalho				
3. Delegar funções				
4. Criar um sistema de informação eficaz				
5. Formalizar a definição de funções e responsabilidades de cada serviço				
6. Elaborar e facultar a todo o pessoal um Manual de Políticas				
7- Elaborar um Manual da Qualidade				
8. Avaliação do potencial do Hospital				

C.2. Qual a importância que atribuiu aos seguintes critérios para fixar os objectivos do seu Hospital?

	Muito Importante (1)	Importante (2)	Pouco Importante (3)	Nada Importante (4)
1. Análise da população alvo				
2. Análise das tarefas dos gestores intermédios e operacionais				
3. Seleccionar os alvos específicos				
4. Explicitar os objectivos até ao último nível executivo				
5. Conseguir a participação integrada de todas as áreas				
6. Impacto na qualidade da produção hospitalar				
7. Introdução de novas tecnologias				

C.3. Hierarquize os critérios que privilegiou na definição dos objectivos do seu Hospital ?

(Numa «escala de importância» 1 a 4, atribua um valor, sendo: 4 = o menos importante)

	Escala
1. Coerência e compatibilidade entre eles	
2. Capacidade de controlo	
3. Motivação de todos os agentes do processo	
4. Fácil implementação	

C.4. É comum exercer a sua prática de gestão, através de:

	Sempre (1)	Quase Sempre (2)	Poucas Vezes (3)	Nunca (4)
1. Acções negociadas				
2. Alianças institucionais				
3. Decisões unilaterais				
4. Diálogo permanente				

C.5. Considera que a Gestão Participativa por Objectivos, está dependente de:

	Sempre (1)	Quase Sempre (2)	Poucas Vezes (3)	Nunca (4)
1. Empenhamento da Administração				
2. Do modelo de gestão				
3. Da estrutura da organização				
4. Competência e motivação dos profissionais				
5. Existência de parâmetros de medida				
6. Dos recursos disponíveis				

C.6. A Comissão da Qualidade dispõe de autonomia:

1. Financeira ... (1)      2. Para execução ... (2)      3. Para Planeamento ... (3)

C.7. Que instrumentos dispõe como forma de avaliação da qualidade ?

1. Sistema de informação eficaz ..... (1)  
 2. Revisão de utilização..... (2)  
 3. Audit médico..... (3)  
 4. Satisfação do utente..... (4)  
 5. Avaliação dos resultados..... (5)

C.8. Considera que o modelo de gestão utilizado no seu Hospital se reflecte, na:

	Sempre (1)	Nem Sempre (2)	Poucas vezes (3)	Nunca (4)
1. Na qualidade técnica dos serviços				
2. Na definição da Qualidade Total do hospital				
3. No incremento do sentido de responsabilização e personalização individual e colectiva				

#### D – CONSTRANGIMENTOS ORGANIZACIONAIS

D.1. No exercício das suas práticas de gestão, deparou-se com obstáculos organizacionais, que dificultassem a operacionalização dos seus saberes, de modo a poder implementar Um Sistema de Gestão da Qualidade, através da Gestão Participativa por Objectivos?

- Sim... (1)      Não... (2)

D.2. Se respondeu SIM, assinale os domínios onde se localizam esses obstáculos?

- 1 Conselho de Administração..... (1)  
 2. Gestão intermédia..... (2)  
 3. Gestão operacional ..... (3)  
 4. Produção hospitalar..... (4)  
 5. Administrativa ..... (5)  
 6. Legislação em vigor..... (6)

D.3. Que influência têm as seguintes variáveis, como elemento perturbador da Gestão Participativa por Objectivos ?

	<b>Muita Influência (1)</b>	<b>Alguma Influência (2)</b>	<b>Pouca Influência (3)</b>	<b>Nenhuma Influência (4)</b>
1. Falta de identificação dos profissionais com o Hospital				
2. Relações conflituosas intra grupos profissionais				
3. Relações conflituosas inter grupos profissionais				
4. Falta de informação quanto aos grandes objectivos				
5. Profissionais desmotivados				
6. Trabalho pouco estruturado				
7. Poder técnico muito autonomizado				

Muito obrigado pela colaboração !