

XXXXXXXXXXXX

UNIVERSIDADE ABERTA

IV MESTRADO EM GESTÃO DA QUALIDADE

**SISTEMAS INTEGRADOS:
APLICAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES DA SAÚDE**

Orientador: Prof. Doutor Ramos Pires

Dissertação de: Carla Gonçalves Pereira Clemente

Janeiro de 2005

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

APCER:	Associação Portuguesa de Certificação
APQ:	Associação Portuguesa para a Qualidade
EFQM:	European Foundation for Quality Management
EMAS:	Eco-Management and Audit Scheme
EOQ:	European Organization for Quality
EUA:	Estados Unidos da América
GQT:	Gestão pela Qualidade Total
IPQ:	Instituto Português da Qualidade
IQNET:	International Quality Network
ISO:	International Organization for Standardization
PEX-PME:	Prémio de Excelência – Sistema Português da Qualidade – Pequenas e Médias Empresas
PEX-SPQ:	Prémio de Excelência – Sistema Português da Qualidade
PME:	Pequenas e Médias Empresas
SNGQ:	Sistema Nacional de Gestão da Qualidade
SPQ:	Sistema Português da Qualidade
JCI:	<i>Joint Commission International</i>
INOFOR:	Instituto para a Inovação na Formação
IQF:	Instituto para a Qualidade da Formação
SNS:	Sistema Nacional de Saúde
IQS:	Instituto da Qualidade em Saúde
GDH:	Grupos de Diagnóstico Homogéneo
PPP's:	Parcerias Público Privadas
ARS:	Administração Regional de Saúde
OMS:	Organização Mundial de Saúde
SIADAP:	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública
UE:	União Europeia
ONG:	Organização não Governamental
ERS:	Entidade Reguladora da Saúde

RESUMO

Na nova abordagem social, as Instituições reforçam a vertente da demonstração de bom desempenho relativamente às relações que estabelecem com as diversas partes interessadas: clientes, colaboradores, fornecedores, parceiros, concorrentes, organismos públicos, grupos de interesse e sociedade.

A transformação cultural, influencia profundamente o comportamento das Instituições, na medida em que se assumem preocupações estratégicas ao nível da qualidade, meio ambiente, segurança e responsabilidade social.

O Sistema de Gestão integrando diversos subsistemas Qualidade, Ambiente, Segurança e Responsabilidade Social, procura conciliar a Cultura Institucional com os princípios éticos, novas tecnologias e novas práticas de gestão para um desempenho sustentável, por forma a tornar a entidade mais flexível, mais organizada e mais eficiente.

As Instituições de Saúde têm centrado a qualidade na vertente clínica e/ou técnica, constatando-se que a complexidade e características específicas do Serviço de Saúde associada às novas exigências dos Clientes/Utentes/Cidadãos e à evolução das necessidades da sociedade em matérias de saúde requer para além da qualidade clínica, a eficiência e eficácia destas Organizações no enquadramento de uma política de gestão sustentável orientada para resultados que proporcionem ganhos em saúde.

Neste sentido, denota-se a evolução da gestão hospitalar na adopção de sistemas de Acreditação e Certificação, bem como outros instrumentos de gestão característicos dos contextos empresariais.

O principal objectivo desta dissertação consiste em analisar a integração das diversas dimensões da Qualidade e respectivos subsistemas no enquadramento específico das Instituições da Saúde enquanto instrumento de gestão orientado para a Melhoria Contínua da Qualidade dos cuidados de saúde.

Palavras Chave: Dimensões da Qualidade, Sistema Integrado de Gestão, Desempenho Sustentável, Melhoria Contínua, Cliente/Utente, Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

Nowadays Organizations are facing a new social approach. They highlight the performance in the relationship with the stakeholders: customers, employees, suppliers, partners, competitors, government institutes and communities groups in general.

The cultural change deeply influences the Organizations. They assume strategic management actions related with quality, environment, security and social responsibility.

The Management System that include several sub-systems, Quality, Environment, Security and Social Responsibility, try to conciliate the Organization Culture with ethics principles, new technologies and new management practices in order to achieve the sustainable performance and give more flexibility and efficiency to the Organization.

Health Care Organizations have been concentrated its Quality Systems only on the clinic and/or technical side. The complexity and the special characteristics of the Health Care associated to the new requirements of Costumer/Patient/Citizen and the new society needs related to the health care services need to be approach with more than clinic quality guidelines. The efficiency and the effectiveness of the Organizations must be achieved through a sustainable management policy oriented to results that can be translated in health gains.

In order to accomplish these main goals, Health Care Services management has been adopting Accreditation and Certification Models and other management tools usually used by business companies.

The aim of this dissertation is analyze the several Quality perspectives and the related sub-systems on the specific context of the Health Care Organizations as an tool management framework to promote the Continuous Improvement an the Quality of the health care services.

Keywords: Quality Dimensions, Integrated Management System, Sustainable Performance, Continuous Improvement, Customer/User, Health Care Management.

INDICE GERAL

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS	2
RESUMO.....	3
ABSTRACT.....	4
INDICE GERAL.....	5
AGRADECIMENTOS	7
I. INTRODUÇÃO	8
1. OBJECTIVOS DA ANÁLISE.....	8
2. METODOLOGIA DA ABORDAGEM.....	9
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
II. 1. ABORDAGEM INTRODUTÓRIA.....	10
II. 2. ABORDAGEM TEÓRICA.....	11
II.2.1 A INTEGRAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO EMPRESARIAL NA GESTÃO PÚBLICA.....	11
II.2.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES <i>NONPROFIT</i>	22
II.2.3 REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE.....	25
III. CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	34
III.1 PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	34
III.2 EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	40
III.3 SISTEMAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE OITO PAÍSES	49
III.4 AS REFORMAS E POLÍTICAS DA SAÚDE EM PORTUGAL – CONTEXTO ACTUAL ...	60
III.5 REGULAÇÃO NA SAÚDE	64
III.6 ORGANIZAÇÕES DA ECONOMIA SOCIAL.....	68
III.7 O MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR: HOSPITAIS EMPRESA	70
IV. MODELOS DA QUALIDADE	77
IV. 1. ENQUADRAMENTO DOS MODELOS DA QUALIDADE.....	77
1. CONCEITO E EVOLUÇÃO DA QUALIDADE.....	77
2. SISTEMA PORTUGUÊS DA QUALIDADE.....	81
3. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE – NORMAS DA SÉRIE ISO 9000	88
4. QUALIDADE AMBIENTAL	93
5. QUALIDADE NA SEGURANÇA	97
6. QUALIDADE SOCIAL – RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	98
7. GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL	105

8. MODELO DE EXCELÊNCIA EFQM	107
9. INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS DE GESTÃO.....	112
10. CUSTOS DA QUALIDADE	113
III.2 MODELOS DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	120
1. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR <i>KING 'S FUND HEALTH QUALITY SERVICE</i>	121
2. CERTIFICAÇÃO DE SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE – ISO 9001:2000....	122
3. MANUAIS DA QUALIDADE PARA ADMISSÃO E ENCAMINHAMENTO DE UTENTES	125
4. PROJECTO <i>MONIQUOR.CS</i> – CENTROS DE SAÚDE	126
5. IQIP – <i>INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT</i>	127
6. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR <i>JOINT COMMISSION INTERNATIONAL</i>	130
7. PROGRAMAS DE QUALIDADE	137
V. INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS ENQUANTO FACTOR DE MELHORIA DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	145
V.1. ABORDAGEM AO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO.....	146
V.2. METODOLOGIAS DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO	150
1. GESTÃO CLÍNICA- <i>CLINICAL GOVERNANCE</i>	150
2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE – ISO 9001	151
3. GESTÃO POR OBJECTIVOS.....	161
4. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO	164
VI. CONCLUSÃO	167
VII. BIBLIOGRAFIA	168

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Zé e João que constituem o minha maior riqueza.

Ao meu marido e ao meu pai que apoiam incondicionalmente os meus desafios, suportando com carinho a base emocional de equilíbrio à minha missão de vida.

Ao meu orientador, Prof. Ramos Pires, enorme gratidão pela riqueza na aprendizagem e melhoria que me proporciona diariamente.

I. INTRODUÇÃO

1. OBJECTIVOS DA ANÁLISE

Os objectivos do presente estudo constituem a análise dos diversos métodos de gestão incorporados nas funções da Melhoria da Qualidade das Organizações, como forma de evidenciar um modelo de suporte à implementação de um Sistema Integrado de Gestão.

Considerando as dimensões da Qualidade enquanto ferramentas de gestão em suporte aos modelos de competências e organizacionais, analisa-se, no enquadramento da Saúde, a relevância da adequada aplicação, em função da Cultura Institucional e especificidades deste sector.

O objectivo último da presente dissertação é a apresentação de um modelo de implementação articulando as referidas dimensões da Qualidade no enquadramento global dos Sistema de Gestão, como elemento de inovação, melhoria e diferenciação do desempenho em torno da missão de proporcionar maior qualidade nos serviços de saúde prestados.

2. METODOLOGIA DA ABORDAGEM

Tendo por objectivo a análise dos objectivos enunciados no ponto anterior a dissertação apresenta a seguinte estrutura:

No primeiro capítulo - Enquadramento Teórico, sustenta-se o contexto das preocupações da aplicabilidade e adaptabilidade das ferramentas e mecanismos tradicionalmente caracterizados nos sectores empresariais na gestão das Organizações Públicas, seguindo-se o enquadramento da actual política de reforma na Administração Pública e Saúde, evidenciando-se as respectivas áreas operacionais de actuação e, por fim desenvolve-se o enquadramento teórico das Organizações *Nonprofit*, contextualizando a aplicação do estudo ao sector da saúde.

O segundo capítulo – Caracterização dos Sistemas de Saúde, apresenta uma análise à evolução do sector alvo de análise, apresentando-se o perfil de saúde nacional, a evolução dos Sistemas de Saúde, bem como um estudo comparativo demonstrando outras experiências internacionais, concentrando-se na fase final nas especificações do actual enquadramento de empresarialização Hospitalar.

O desenvolvimento do terceiro capítulo – Modelos da Qualidade, apresenta uma análise aos diversos subsistemas e componentes dos Modelos da Qualidade, especificando a contextualização das estratégias da qualidade no sector da saúde.

O último e quarto capítulo – Integração de Sistemas enquanto factor de Melhoria da Qualidade em Saúde, pretende analisar os factores chave do processo de Melhoria Contínua da Qualidade nas Instituições de Saúde, apresentando-se uma metodologia de gestão integrada das diversas dimensões da Qualidade em função dos principais sub-sistemas normativos.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

II. 1. ABORDAGEM INTRODUTÓRIA

O presente estudo tem por base a preocupação do aprofundamento da dinâmica de um Sistema Integrado de Gestão como forma de apoiar a gestão eficaz das Instituições da Saúde, identificando os factores de diferenciação enquanto base ao desenvolvimento sustentável e bem estar dos agentes envolvidos.

A adopção de um Sistema de Gestão Hospitalar integrando as diversas dimensões da Qualidade, considera assim os seguintes aspectos específicos:

- Considerando que o mercado é competitivo e solicita continua inovação;
- Considerando a responsabilidade activa dos agentes no desenvolvimento sustentado de recursos e uma gestão responsável em torno das questões ambientais;
- Considerando que os recursos humanos constituem o capital mais valioso das organizações;
- Considerando que o cliente é cada vez mais exigente e pretende satisfação;
- Considerando que a estrutura organizacional adequada permite a eficiente gestão de recursos;
- Considerando que o reforço da notoriedade da Instituição passa pela Certificação/Acreditação, resultante no reconhecimento de todas as partes interessadas.

Os gestores devem então estar atentos ao desenvolvimento de estratégias de apoio à gestão, significando a necessária adaptação à Cultura Institucional.

II. 2. ABORDAGEM TEÓRICA

II.2.1 A INTEGRAÇÃO DAS FERRAMENTAS DE GESTÃO EMPRESARIAL NA GESTÃO PÚBLICA

A presente análise visa a apresentação dos mais recentes conceitos, técnicas e modelos de gestão empresarial, considerados de maior aplicabilidade à gestão do sector público.

Os autores avaliam a contribuição de destes modelos para o aumento da eficiência dos serviços públicos, definida em termos da maior satisfação das necessidades dos seus destinatários, evidenciando potenciais perigos associados à adopção inadapta de certos modelos de gestão empresarial à gestão pública.

Apesar da sua designação, a administração pública apresenta uma singularidade: apesar de representar a prestação de um serviço público à comunidade e, mesmo com uma vasta literatura dedicada à elucidação do seu funcionamento, constitui um ambiente distante, inacessível e de difícil penetração pelos clientes finais, também financiadores do seu funcionamento.

As referidas características encontram-se relacionadas com os três seguintes processos:

- uma primeira geração de ideólogos – sobretudo na década de 70 – forneceram a legitimação académica necessária ao projecto político de um estado mais magro e eficiente, através da privatização de largas componentes do sector público e da liberalização do mercado para bens públicos, no sentido de minimizar o paradigma do estado providência que prevalecia nas décadas anteriores, e de transformar fundamentalmente a relação estado – função pública – cidadão/contribuinte;
- a nova visão do mercado para bens públicos, a partir do início da década de 80: através da *privatização*, determinados bens e serviços públicos deixaram de o ser; além disso, uma vez exposta à concorrência, uma outra parte da função pública

(por exemplo, o ensino superior, serviços hospitalares e segurança social) foi sujeita a um aumento de autonomia, tanto em termos orçamentais como administrativos, e estimulada a adoptar as práticas empresariais do sector privado (*benchmarking* competitivo e *managerialismo*), independentemente da adaptabilidade de tais modelos às realidades vividas pelos serviços públicos e sociais;

- as organizações não governamentais (ONGs) beneficiaram do processo de *outsourcing* levado a cabo pelo Estado, tais como serviços de solidariedade social, formação, e cuidados prestados a pessoas idosas, etc. Esta externalização de serviços por parte do sector público, e a maior competitividade que o processo exigiu, fez com que muitos dos mesmos modelos de gestão e práticas empresariais fossem transferidos, tanto das instituições públicas como das empresas privadas, para organizações da sociedade civil bem distintas.

A maioria das referências sobre a administração pública apresenta uma outra particularidade: focaliza-se na relação entre políticos e burocratas, descurando a relação entre estes e o próprio cliente dos serviços públicos.

Esta desproporcionalidade evidencia, não só, os imperativos e prioridades do *managerialismo*, mas também, a posição dos defensores da *public choice* na capacidade do mercado traduzir fielmente as preferências dos consumidores finais de bens e serviços públicos.

Na teoria, a *public choice* propõe um aumento da capacidade de decisão e execução, por parte do burocrata (enquanto gestor da administração pública), das directivas políticas, no sentido de garantir aos seus utilizadores um conjunto de direitos, como seja: o direito à informação e compreensão; o direito a ser entendido; o direito a uma actuação profissional, eticamente correcta, por parte, quer dos decisores políticos, quer dos seus burocratas executantes; e o direito ao controlo e avaliações de todas as actividades levadas a cabo pela administração pública.

Porém, na prática, a *public choice* estava assente no princípio de que os imperativos orçamentais condicionariam, ou até determinariam, quantitativa e qualitativamente, as prioridades sociais, em vez de constituir o pano de fundo para a interacção/articulação

entre as necessidades e preferências públicas ao nível micro-económico (cliente/consumidor), e as exigências, tanto estratégicas, como táticas/pragmáticas da gestão macro-económica (decisores/políticos).

No plano macro-organizacional, de acordo com os valores políticos dominantes, a nova visão procurou adequar o aparelho administrativo público às novas finalidades do Estado, ou seja, minimizar a intervenção directa dos governos na disponibilização de apoios sociais, mantendo assim um grau elevado de controlo sobre o processo como um todo, desde o *design* de políticas até a sua operacionalização.

Em vez de estimar custos e benefícios dos bens e serviços públicos com base nos sinais de mercado para mercadorias concorrentes, é considerado preferível deixar que os imperativos orçamentais e as metas da relação custo–benefício, conjugadas com as novas práticas de gestão, determinem as prioridades e a distribuição dos recursos.

Assim sendo, o novo paradigma vinha, aparentemente, subordinar as organizações públicas às finalidades do mercado e às suas forças de competitividade, mas de uma maneira indirecta afectando a legitimidade da burocracia pública, afastando-a do Estado.

No decorrer da década de 90, foi visível o enfoque, de uma vertente empresarial, para os modelos de gestão da administração pública, ocupando um lugar central nas discussões académicas e políticas.

A aceleração da mudança evidenciada nos campos da tecnologia e das oportunidades comerciais (estimuladas pela liberalização dos mercados e pela globalização) obrigou todo o tipo de organizações a contemplar a inovação em todas as suas vertentes, sobretudo no que respeita à adaptação das práticas de gestão, (como a reengenharia, a gestão total da qualidade, o reposicionamento na cadeia de valor, etc.) face às novas condições.

Em conformidade com esta tendência, e uma vez que a administração pública paulatinamente deixou de estar protegida da concorrência (devido à liberalização de mercados) e, sobre pressão crescente para a melhoria dos serviços e redução de gastos (mediante restrições orçamentais), passou a recomendar-se a aplicação de algumas

destas técnicas, ao ambiente da gestão da administração pública (Dobyns & Crawford, 1994).

Mas, quando falamos em inovar na gestão da administração pública somos invadidos por um sentimento de frustração uma vez que, segundo muitos autores, a mesma constitui uma esfera onde a resistência à mudança é significativamente elevada.

Esta resistência consiste em muito mais do que uma simples articulação desajustada entre fins e meios, ou entre plano e o orçamento, como defendia a corrente tecnicista nos anos 70 e 80 (Camacho *et al.* 1982). Na óptica da perspectiva meramente normativa, tem que existir uma articulação específica entre os fins últimos (do público alvo) e os meios (elementos a mobilizar pela gestão pública para seu alcance).

No entanto, a concretização de tal esquema normativo pressupõe a integração coerente dos três vectores acima mencionados que, por sua vez, dependerá da existência de uma filosofia orientadora, uma vontade política decisiva, e um corpo de técnicas apropriadas. Dada a ausência, em muitos casos, de um grau satisfatório de desenvolvimento destes vectores e/ou de sua integração, faz com que se mantenha – mesmo na administração pública mais modernizada – uma evidente desarticulação.

Contudo, qualquer que seja o ponto de partida normativo ou o(s) modelo(s) genérico(s) a aplicar à gestão pública, os resultados serão dificilmente alcançáveis se os poderosos obstáculos que constituem a cultura instalada e os procedimentos burocráticos correspondentes, não forem alterados. Desta forma, perspectivar uma nova gestão pública passa, sem dúvida, por desafiar a sua cultura tradicional.

No caso especificamente português, esta cultura define-se por uma reverência quase religiosa à legislação, à estrita observância das normas formais e à rotina administrativa, e pelas associadas formas e mecanismos tradicionais de controlo (Rocha 1996:2-4).

Neste sentido, não será apenas suficiente a identificação das características da cultura administrativa existente e a cultura *managerialista* a ser alcançada (satisfação do cliente, promoção da qualidade, aderência às prioridades orçamentais, gestão e

remuneração por objectivos, responsabilização e *empowerment* dos gestores, etc.), na esperança de que as soluções concretas surjam e se manifestem espontaneamente.

Esta nova abordagem *managerialista* à administração pública parte de uma imagem altamente negativa da burocracia pública, que tem vindo a ser criticada sobretudo pelos seguintes factores:

- Falta de desempenho na obtenção dos resultados pretendidos que, muitas vezes, se traduz numa adopção, por parte dos funcionários públicos, das políticas mais convenientes aos interesses institucionais, e em negligência perante o interesse público;
- A excessiva centralização e concentração de funções (sobretudo na tomada de decisão) em poucas mãos;
- Aumento de gastos, aparentemente descontrolado, sem uma devida avaliação ou responsabilização para os resultados obtidos (*performance assessment e accountability*).

Tendo presente estas preocupações, e na tentativa de contribuir para a definição de novos modelos de gestão da administração pública, vários autores chamam a atenção para os seguintes pré-requisitos de um novo modelo de gestão, centrado na produção de bens e serviços públicos de qualidade, canalizados para os clientes de forma empresarial (Osborne e Gaebler 1994; Holmes e Shand 1995; Rocha 1996):

- A competitividade interna (por exemplo, através da criação de *cost and profit centres*, ou centros de responsabilidade financeira) e externa (através da liberalização do mercado para bens e serviços públicos);
- Um processo decisório neutro, equitativo, transparente, inspirado pela estratégia e virado para os resultados;
- O desempenho consciente, comprometimento, adesão e probidade dos agentes e a sua responsabilização pelos resultados alcançados.
- Os procedimentos racionais e regulamentação leve;
- A descentralização da estrutura organizacional e da gestão; e
- A flexibilidade, baseada mais nas relações contratuais, na participação e na discricção operacional.

Considerando uma comparação de experiências, caracterizadas tanto por semelhanças como disparidades dos diferentes países que constituíram os primeiros passos em matéria de reforma da administração pública (Reino Unido, Estados Unidos, Austrália, Novo Zelândia), a implantação concreta do novo paradigma não tem sido sempre tão abrangente, profunda e conseguida quanto esperavam os seus principais defensores políticos e académicos.

Apesar da continuidade do debate sobre a natureza da articulação – complementaridade ou antagonismo – entre os dois princípios orientadores da nova administração pública, *managerialismo* e *public choice*, os efeitos da sua aplicação à administração dos serviços públicos, merecem uma reflexão pormenorizada e cuidadosa.

Na operacionalização dos princípios do novo paradigma, surgiram uma série de problemas associados com dois paradoxos inter-relacionados e inerentes à combinação de *public choice* e *managerialismo*: o *downsizing* do campo de acção directa do e a sua adopção de um papel mais “facilitador” do que interveniente criou, em muitos casos, um sector de interesse público ainda maior, mais complexo e de difícil coordenação; e a aplicação de técnicas oriundas do sector privado foi acompanhada por uma politização da administração pública.

Para além das tentativas de alargar o alcance da reforma antecipada e do recrutamento de funcionários com contratos de curto prazo, as dimensões do Estado foram reduzidas principalmente por duas vias: a *externalização* parcial ou total da prestação de serviços anteriormente da responsabilidade directa do sector público, nomeadamente através da criação de novas agências semi- públicas, ostensivamente¹ mais autónomas em termos financeiros e de gestão; e/ou do *outsourcing* de serviços públicos a organizações não governamentais sem fins lucrativos, acompanhado pela proliferação de um novo voluntariado. Contudo, esta nova estrutura de parceria, embora mais flexível, por ser mais pulverizada, complexa e competitiva, é de mais difícil coordenação², sobretudo no que respeita o objectivo de aumentar e assegurar a qualidade.

¹ . A autonomia financeira e decisionária era frequentemente mais ilusória do que real, devido a operação automático de limitações orçamentais e financeiras

² Neste caso, uma analogia empresarial seja talvez esclarecedor. A proliferação da prática de *outsourcing* transformou por completo as exigências de controle e coordenação dentro da empresa

Esta dificuldade acentuou-se devido o facto de que o Estado vinha a limitar o seu papel cada vez mais ao do fornecedor de um “ambiente facilitador” (*enabling environment*), e tipicamente definia este papel mais em termos da introdução de políticas de desregulamentação, do que em políticas orientadoras para a reforma administrativa e renovação institucional.

O recurso excessivo a uma estratégia de externalização e desregulamentação de serviços, tipo *blueprint*, também levou à marginalização ou mesmo o desaparecimento de serviços em áreas consideradas, tanto no discurso político, como por parte da sociedade civil, socialmente prioritárias.

A ênfase dada no novo paradigma aos resultados³ exigiu a construção e mobilização de uma lealdade extrema aos programas do governo, concretizada através de uma forte liderança política, e, muitas vezes, a ocupação de cargos chave na administração, por indivíduos comprometidos com a agenda política partidária⁴, em detrimento de funcionários de carreira mais comprometidos com a dinâmica institucional tradicional.

A separação insuficientemente nítida entre as esferas de objectivos políticos e a gestão dos serviços públicos levou a consequências negativas nos campos de transparência, consistência operacional, equidade e mesmo de controlo orçamental.

Por exemplo, a descentralização das responsabilidades e dos recursos financeiros não correspondeu, em muitos casos, a uma maior autonomia para os gestores dos serviços públicos, sobretudo devido à imposição *top down* do novo paradigma, com a sua associada distribuição de poder de decisão, aos fortes constrangimentos fiscais e à

moderna, relegando a importância da gestão de stocks – enquanto técnica de controle *interno* – ao segundo plano, devido à necessidade de desenvolver uma gestão da rede de fornecedores externos de bens semi-acabados, componentes e serviços, ou seja, a necessidade de dispor de técnicas e estruturas de controle que transcendem o ambiente interno da empresa

³ Ou seja, por um lado, o emprego de indicadores de *performance* administrativa oriundos do sector privado, tais como administração por objectivos, administração por resultados nas instâncias de execução, prémios e incentivos por produtividade, etc., e, por outro lado, a continuidade da utilização, em processos decisórios, de variações no tema clássico de análise custo – benefício.

⁴ É importante lembrar-nos que, na altura, existia um polarização muito mais acentuada de agendas políticas partidárias, na maior parte dos países membros da UE, por exemplo.

falta de vontade, por parte do poder administrativo centralizado, na cedência do controlo de conhecimentos estratégicos pormenorizados.

Paradoxalmente, a prioridade dada à coerência da acção ao detrimento do consenso sobre objectivos, permitiu, muitas vezes, a instalação de um estilo de gestão ainda mais autoritário e hierarquicamente rígido do que antes, com pouco espaço para criatividade e participação real limitada. Em geral, em vez de transformar funcionários públicos em gestores empenhados e eficientes, as novas práticas frequentemente contribuíram a sua maior proletarização⁵ ou, mais especificamente, generalizou um novo tipo de tecnocratismo, consubstanciado na transformação de toda uma camada de decisores em meros executores de tarefas administrativas predeterminadas pelos novos modelos de gestão adoptadas.

Um caso exemplar da confiança de alguns dos defensores do novo paradigma na possibilidade de encontrar um compromisso entre a ineficiência das burocracias tradicionais e os resultados eventualmente menos equitativos de uma mercantilização mais marcada dos bens e serviços públicos, consubstancia-se na *Reinvenção do Estado*, proclamada por Osborne e Gaebler (1994).

Esta nova era na administração pública, caracterizar-se-ia pela competência global, pela integração da comunicação, pela economia centrada na tecnologia e nos nichos de mercado, traços que, segundo os autores, são incompatíveis com a lógica operacional da burocracia tradicional.

Por um lado, a visão de “estado empresário” constitui-se como uma alternativa crítica ao modelo da administração pública minimalista, defendido por Ronald Reagan, até então vigente, porque propõe um Estado muito mais actuante, uma administração pública activista, cujo alcance seria, além disso, inspirado por critérios de eficiência empresarial.

⁵ . Aqui, uma outra analogia do sector privado possa iluminar esta tendência. Sob intensa pressão tanto competitiva em termos gerais, como provocada pela descida das taxas de juro, os bancos comerciais conheceram fusões, *downsizing* e reestruturação das suas actividades. Este processo tem tido um reflexo nas habilitações esperadas e o tipo de trabalho realizado por seus funcionários. Num período de 10-15 anos o trabalhador do sector bancário transformou-se de um administrador especializado num vendedor multi-facetado de variadíssimos produtos financeiros. Se esta transformação constitui *deskilling* ou *reskilling* dependeria, fundamentalmente, da qualidade dos resultados – tanto em termos de aumentos sustentáveis no valor de vendas, como em termos da satisfação dos clientes finais.

Por outro lado, o paradigma do empresarialismo público coloca-se como uma alternativa crítica ao modelo burocrático ortodoxo, por prescrever, em ampla escala, métodos e técnicas da administração de empresas.

Num âmbito micro-organizacional propõem-se a adopção de tecnologia de ponta e técnicas de gestão modernas. No âmbito macro-organizacional recomenda-se um sector público como empreendedor selectivo, baseado em critérios empresariais, inclusive com mecanismos competitivos no seu interior e com o sector privado.

Fundamentalmente, um dos problemas básicos do enfoque empresarial para o sector público é o elevado risco de “empresarialismo” da administração pública, o qual poderá ser minimizado quando o contexto de referência for o local, onde a distância entre o cidadão e o consumidor é menor. O mesmo não se passará quando o contexto de referência passar para a administração global do estado, uma vez que aqui se torna quase impossível captar a verdadeira dimensão funcional da administração pública.

Este excesso de “empresarialismo” pode realmente constituir um fracasso na reforma da administração pública uma vez que, cada vez mais, a ela se atribui, enquanto promotora do desenvolvimento económico e social, através do fortalecimento de diversos sectores (como a saúde, educação e investigação, meio ambiente, etc.), um papel directivo nas grandes iniciativas de mudança social e de desenvolvimento da sociedade de informação.

Contudo, primeiro, é importante salientar que, na realidade concreta, a burocracia clássica, o estado empresarial e o mercado livre coexistem, embora com uma expressão diferenciada e um peso desigual. Existem, por razões históricas, culturais e conjunturais, sectores da administração pública, em articulação mútua, que são mais – e menos – resistentes a novos princípios e práticas. Mas também é verdade que há sectores onde determinadas inovações são mais – e menos – relevantes.

Dentro dos sub-sistemas da administração pública, também existem diferenças profundas ligadas à cultura política, social e administrativa e ao grau de desenvolvimento económico do ambiente externo, bem como à sua susceptibilidade à atenção e crítica da opinião pública.

Existem funções que têm um forte conteúdo de “autoridade pública” (justiça, defesa, polícia local) e outras que provêm de actividades destinadas à prestação de serviços finais aos utentes (saúde, educação), onde actuam, em simultâneo, empresas privadas lucrativas e organizações privadas sem fins lucrativos.

O macro-sistema da administração pública central se articula em diferentes sub-sistemas representados pela administração pública regional e local, pelas empresas públicas nacionais e agentes locais e por organizações públicas com amplo nível de autonomia que operam em sectores como o da saúde, investigação, educação, etc.

Neste sentido importa reflectir se é mais conveniente levar a cabo intervenções de modernização em todo o sistema administrativo público a nível nacional, ou se, pelo contrário, é necessário estruturar uma introdução diferenciada por sectores e sub-sectores, e mesmo regiões e sub-regionais.

O ponto de partida é determinar a conveniência em adoptar uma estratégia de difusão das lógicas da nova gestão pública, conduzidas pelo governo central (*top down*) ou se pelo contrário devem ser os agentes locais (municípios, empresas públicas locais, ONGs, associações de desenvolvimento, etc.) a usufruírem de uma maior autonomia decisória na conveniência da aplicabilidade, ou não, dessas novas técnicas.

A escolha da segunda alternativa (*bottom up*) requer por parte da administração central o estabelecimento de sistemas de incentivos, às inovações levadas a cabo pelos “agentes públicos locais pioneiros”, baseados na transferência de recursos financeiros e na oferta de serviços reais, disponibilizando, para tal, a administração central, quer os conhecimentos quer os sistemas de gestão.

Assim no que respeita à adopção, por parte da administração pública, das técnicas de gestão procedentes das empresas privadas, podemos desde já referir como novidade na formula institucional, e que está a ter uma crescente difusão no âmbito cultural, a assistência social e educativa levada a cabo pelos agentes locais, adoptando para tal formulas de gestão com elevada autonomia de intervenção e com relações funcionais fortes com os diversos agentes locais

A tendência reformista das teorias da administração pública têm proporcionado tanto o surgimento de abordagens sistematizantes, que procuram elevar e repensar a situação actual sobre novas perspectivas, assinalando caminhos e explicitando novas orientações.

A “boa administração pública” é uma possibilidade de implementação organizacional do conjunto das relações político-administrativas do Estado. Porém, isto implica a adequação das novas técnicas de gestão, não necessariamente actualmente disponíveis, a um determinado modelo ideal de administração pública, por forma a que este cumpra às finalidades, valores e regras operacionais, básicas, de cada Estado.

De outra forma, o que se impõe à gestão pública no seu inevitável e indispensável processo de mudança, é a substituição de um modelo administrativo por um modelo mais parecido ao da gestão empresarial; a substituição de uma administração pública preocupada com a legislação, com a aplicação de normas formais e com a rotina administrativa por uma gestão dirigida para a realização de objectivos concretos pensados através da satisfação dos seus clientes.

Assim sendo, e tentando contribuir para a articulação entre os *meios* e *fins* referida por Camacho *et al.* (1982), os actuais modelos de gestão pública devem basear-se mais nos princípios da gestão empresarial, ainda que de forma gradual e diferenciada, adoptando para isso, entre outras, as seguintes premissas: promover a satisfação do utente ou cliente, através de contacto e conhecimento directo; e dar poder de decisão aos funcionários e trabalhadores directamente intervenientes, através da criação de participação real na tomada de decisões. Deste modo, será mais fácil ultrapassar alguns dos principais entraves à qualidade e a inovação dos serviços públicos.

II.2.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES *NONPROFIT*

As Organizações sem Fins Lucrativos têm uma presença cada vez mais significativa nas Sociedades Desenvolvidas.

Constatando que um grande número de ferramentas teóricas desenvolvidas para as Organizações com Fins Lucrativos não são directamente aplicáveis nas Organizações sem Fins Lucrativos, torna-se assim indispensável efectuar as necessárias adaptações nessas ferramentas teóricas.

As principais razões para o crescimento deste tipo de organizações é a diminuição da intervenção directa do Estado num conjunto alargado de actividades, sendo as grandes forças para a criação das Organizações sem fins lucrativos os insucessos na contratação privada, a repartição em função da escolha dos trabalhadores e a deficiência na capacidade de resposta do Sector Público.

A definição de uma Organização sem fins lucrativos reporta à presença das seguintes características:

- Terem uma missão de serviço público
- Organizadas como uma Organização sem Fins Lucrativas
- Estrutura de *Governance* deve impedir interesses próprios e ganhos financeiros privados.
- Isentos de impostos
- Fiscalidade favorável para os donativos.

Neste sentido os principais desafios que se apresentam constituem a articulação da sua missão de serviço público, a garantia da análise de risco/sobrevivência, a identificação e clarificação dos seus objectivos estatutários e envolvimento dos destinatários e a preparação para a sua auto-extinção quando se esgotar o objecto da sua constituição.

Em termos comparativos, os principais factores de diferenciação entre Organizações sem fins lucrativos e o Sector privado, constituem o conceito fundamental da distribuição ou não de dividendos, o facto destas Organizações apresentarem diversos “bottom Line”, disporem de uma estrutura de múltiplos *stakeholders* (Fundadores, indivíduos, entidades corporativas, estatutárias e regulatórias, clientes, “*trustees*”, voluntários, quadros, comunicação social, comunidades locais), uma tipologia de aquisição de recursos suportada no governo, patrocinadores e serviços ao invés das transacções, uma cultura e valores próprios, promotora de cooperação e um sistema de *governance* composto por voluntários em vez de profissionais.

Quadro comparativo entre Organizações sem e com fins lucrativos

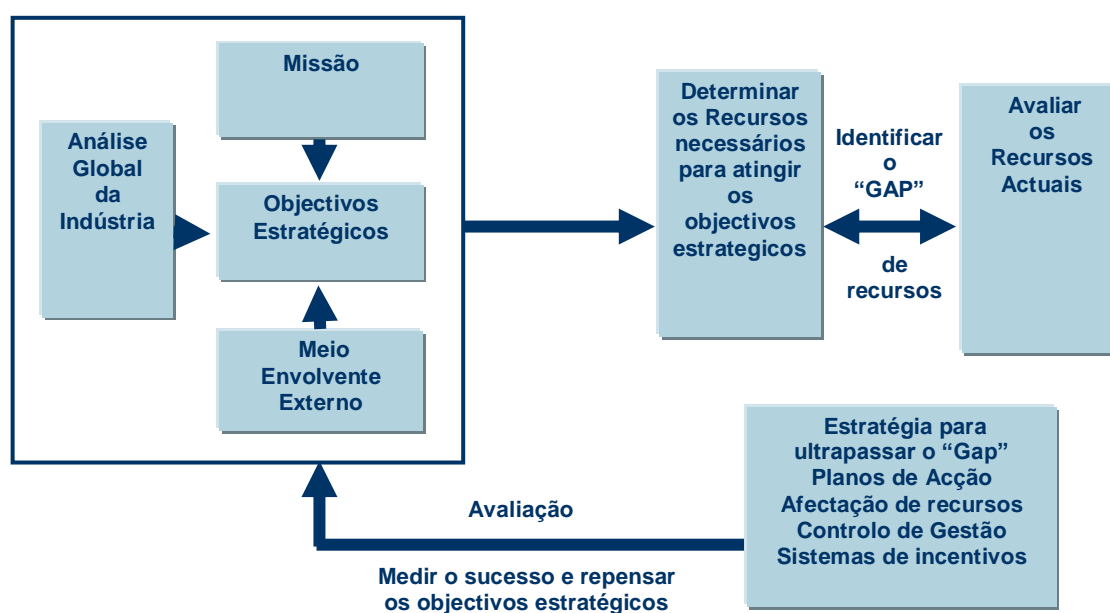
Função	Organização c/ fins lucrativos	Organização s/ fins lucrativos
Missão	Definido pelo CEO ou Conselho de Administração	Estabelecida por legislação ou Comitês
Objectivos	Fornecer produtos e serviços para obter lucro	Serviço à comunidade ou aos fundadores
Medidas de performance	ROI, ROA, crescimento das vendas ou do capital próprio, quota de mercado, posição competitiva	Melhoria na qualidade de vida, melhoria nos serviços prestados à comunidade
Necessidade de mudança	Necessidade de adaptação a um mercado competitivo ou às necessidades dos clientes	Necessidades da população, demografia, taxas
Sistemas de controlo	Pela gestão baseada em orçamentos	Pelos fundadores
Ciclo de vida	Depende de mudanças na organização	Reage às necessidades da sociedade
Regulação Governamental	Responde à lei e agências reguladoras	Reporta directamente a entidades políticas

A relevância da gestão estratégica nas Organizações sem fins lucrativos, constitui o ponto de partida para os novos desenvolvimentos na área da gestão das organizações, permitindo a compreensão global do “Negócio” da Organização, obrigando a uma aproximação sistémica na interacção entre a Organização e o seu meio envolvente, integrando e coordenando todas as restantes funções de gestão e considerando todos os conceitos fundamentais do exercício da gestão, com especial ênfase para a “cultura das organizações”.

As características específicas da gestão estratégica nas Organizações sem fins lucrativos reporta a três grandes áreas, apresentando-se os respectivos efeitos induzidos, como sejam:

- **Objectivos e Expectativas:** uma Organização sem fins lucrativos pode ter múltiplos objectivos e expectativas e influências múltiplas na política apresentando grande influência das expectativas dos financiadores. Tais factores contribuem para a complexidade no planeamento estratégico, incidência do *lobbying* político e dificuldades em delegar/descentralizar responsabilidades e processos de decisão.
- **Mercado e utilizadores:** os beneficiários dos serviços não são necessariamente os contribuintes para as receitas e recursos, pelo que a satisfação pelos serviços não é prontamente medida em termos financeiros.
- **Recursos:** grande parte dos recursos das Organizações sem fins lucrativos são provenientes do governo e dos patrocinadores, sendo o recebimento pelos serviços feito antecipadamente e podendo apresentar múltiplas fontes de financiamento. Tais aspectos demonstram a elevada influência das entidades financiadoras, focalizando-se a eficiência na obtenção de recursos em detrimento da eficiência da prestação dos serviços, direccionando a estratégia tanto para os patrocinadores como para os clientes.

Figura: Processos de Gestão Estratégica em Organizações sem Fins Lucrativos-
(Sharon Oster)



A complexidade dos processos de gestão estratégica das Organizações sem Fins Lucrativos é claramente superior à complexidade das Organizações com Fins Lucrativos, facto que é raramente percebido pelos vários “*stakeholders*” tornando difícil a actividade dos respectivos gestores profissionais.

Neste sentido, os desafios que se colocam à gestão competente e estruturada das Organizações sem Fins Lucrativos são enormes, sendo a utilização das melhores ferramentas teóricas disponíveis a única via para os encarar e ultrapassar.

II.2.3 REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE

Portugal vive actualmente um período de profunda reestruturação num quadro de Reforma da Administração Pública, que visa a concretização de um conjunto de medidas de melhoria do desempenho e qualidade dos serviços.

A reforma da Administração Pública tem por objectivo criar uma estrutura de serviço público competitivo, eficiente e transparente, traduzindo-se num meio para alcançar os seguintes fins:

- Proteger e garantir os direitos dos cidadãos;
- Igualdade de oportunidades e igualdade dos cidadãos perante a lei;
- Prevenção à corrupção;
- Combate ao desperdício de recursos públicos;
- Introdução e renovação das noções de disciplina e de responsabilidade na vida pública;
- Garantir a transparência e acesso à informação por parte do cidadão;
- Estimulo ao investimento nacional e estrangeiro.

Para a concretização dos fins enunciados, a reforma centra-se nos seguintes princípios orientadores:

- Qualidade e capacidade de gerar competitividade, prestigiando a missão, a exigência e excelência dos organismos públicos;

- Promoção de um modelo mais leve com funções delimitadas para o Estado, estabelecendo parcerias com outros agentes que possam ter vantagem para o cidadão;
- Orientação para o primado da cidadania – servir o cidadão, apresentar resultados e mobilizar energias e capacidades através da modernização das organizações, qualificação dos funcionários, inovação e novas práticas de gestão;
- Cultura da Administração Pública baseada na ética, valores, mérito e responsabilização como forma de estimular o desempenho individual e colectivo, traduzindo-se na definição de objectivos e avaliação de resultados.

Os eixos prioritários da mudança para a reforma da Administração Pública, constituem a seguinte orientação:

- Organização do Estado, na vertente da separação das funções essenciais das acessórias;
- Organização da Administração, visando a redução dos níveis hierárquicos, desburocratização, melhoria dos processos e regulamentação dos contratos individuais de trabalho;
- Liderança e Responsabilidade, através da revisão do estatuto dos dirigentes e aplicação da gestão por objectivos;
- Mérito e Qualificação, instituindo mecanismos de avaliação do desempenho dos funcionários e serviços,
- Valorização e Formação, promovendo a formação de acordo com as competências necessárias às actividades dos funcionários,
- Cultura de Serviço orientada para a qualidade do serviço ao cidadão,
- Governo electrónico, contribuindo para a adopção de tecnologias de informação.

Para a concretização das linhas de orientação da reforma constitui-se um plano de operacionalização, centrado nas seguintes vertentes de actuação:

- Lógica de gestão por objectivos, desdobrando objectivos para cada nível hierárquico e vinculando resultados a atingir;
- Revisão das atribuições e orgânica, identificando as oportunidades de descentralização de funções,

- Melhoria da qualidade dos serviços, através de uma nova cultura de qualidade centrada no cidadão e na afectação eficiente de recursos;
- Revitalização do programa de formação e valorização, através da orientação da formação para as competências chave.

O Modelo de Organização preconizado pela reforma da administração pública adopta os seguintes pressupostos: redução dos níveis hierárquicos, desburocratização dos circuitos de decisão, melhoria dos processos e a colaboração entre os serviços, favorecendo-se a partilha de conhecimentos e a adequada gestão da informação.

Por forma a concretizar um modelo de organização eficaz, a liderança e responsabilidade constitui uma das premissas essenciais, tendo sido revisto o estatuto dos dirigentes de acordo com o reforço da capacidade de liderança e fomentando – se a definição de funções e responsabilidades aos diversos níveis hierárquicos, mecanismos de prestação de contas e avaliação de resultados.

Num modelo que se quer promotor do desempenho, encontram-se previstos os respectivos mecanismos de avaliação e de estímulo ao mérito. Neste sentido a operacionalidade do SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação na Administração Pública (Lei nº 10/2004) engloba a avaliação do desempenho individual do funcionário, dos dirigentes e dos organismos e serviços.

Considerando o contexto da reforma da Administração Pública enquanto processo de mudança de métodos, pessoas e por conseguinte das Organizações no seu todo, a formação enquadra-se como ferramenta imprescindível para assegurar a mudança.

Num quadro de responsabilidade partilhada pela melhoria do desempenho das Organizações Públicas, fundamentam-se os novos modelos de gestão dando-se primazia à concretização dos planos de actividades dos serviços e respectivos planos de acção.

A Reforma no Sector da Saúde

As quatro grandes áreas de actuação na reforma estratégica na Saúde, situam-se actualmente:

GOVERNAÇÃO: A governação da saúde inclui aspectos relativos às agendas e aos processos de governação e regulação da saúde, à economia e ao financiamento da saúde: dos modelos de administração pública do país, ao desempenho dos meios de comunicação social na área da saúde, e ao funcionamento do sistema político naquilo que directamente diz respeito à saúde.

MEDIAÇÃO: A administração da saúde que se centra à administração pública em saúde e à "mediação" cidadão/sistema prestador de saúde, incluindo a contratualização do desempenho, os sistemas de qualidade, o desenvolvimento dos recursos humanos e da investigação em sistemas e serviços de saúde, e a gestão da informação e do conhecimento em saúde.

PRESTAÇÃO: O sistema prestador de cuidados de saúde inclui os cuidados de saúde primários, os hospitais, os cuidados continuados, a organização e gestão da saúde mental, a gestão da doença, a gestão de unidades/serviços de saúde, a gestão e a avaliação de programas e projectos de saúde, as formas de integração de cuidados de saúde ("unidade funcionais", "sistemas locais"), as políticas do medicamento, as organizações científicas e profissionais da saúde, e as indústrias da saúde.

CIDADÃO: O cidadão e a saúde inclui o papel do cidadão na promoção da sua própria saúde, o cidadão como pagador e utilizador de cuidados de saúde, os direitos do cidadão e do doente e as suas organizações, os grupos populacionais particularmente necessitados e vulneráveis, o cidadão e a informação em saúde, autarquias locais e saúde, o 3º sector e a saúde, a escola e a saúde, a saúde e o local de trabalho, a saúde e as ONG's.

A Organização do Estado em matéria de Saúde, analisada sob a perspectiva do seu papel, missão e funções foi a de estabelecer um regime misto, fortalecendo as suas competências de regulador e financiador em detrimento de prestador de cuidados de saúde.

A estratégia adoptada visa assim, a descentralização, a desconcentração e a gestão partilhada com entidades não estatais favorecendo o progresso e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

As vantagens das formas empresariais, apresentam-se assim como a maior racionalidade de gestão, a mais eficaz e mais autónoma e simples actuação da administração, a limitação da carga burocrática e o reforço da descentralização e da desconcentração.

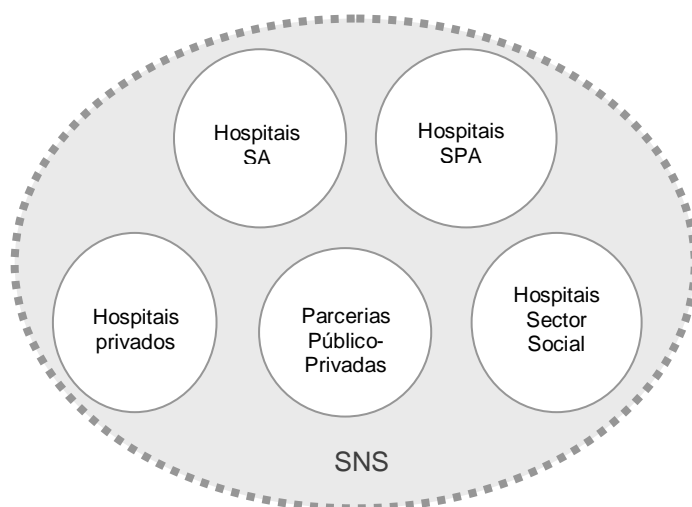
O Modelo Hospital – Empresa, abrangendo 31 Hospitais do SNS, tem uma importância sistémica na medida em que se pretende um Sistema de Saúde Aberto que permita maior eficiência, maior qualidade e satisfação do utente, à semelhança das estruturas existentes na Europa e EUA.

As Parcerias Público Privadas (PPP's) são iniciativas pública tendo em vista lançar um novo empreendimento publico ou renovar, expandir ou reconverter o serviço público, ou seja uma forma de aquisição ao sector privado da prestação de um serviço público, apresentando como principais mecanismos a transparência dos processos e o seu acompanhamento a par e passo em termos regulamentares e estatísticos, e a possibilidade de actuação dos mecanismos de mercado, procurando assegurar que os financiamentos não dispõem de garantia directa do Estado, deslocando parte dos riscos de investimento para o sector privado.

Em contexto de PPP's serão criados cinco novos hospitais, Loures, Cascais, Universitário de Braga, Sintra, Algarve e Vila Franca de Xira.

Neste sentido, a prestação dos serviços de saúde será garantida por um conjunto de subsistemas competindo entre si de forma aberta e regulada por forma a promover maior eficácia dos cuidados aos utentes.

Figura: Modelos de Prestação de Cuidados em Saúde na rede Nacional



A transformação do modelo tradicional implica um processo de mudança significativo nas Organizações, reflectindo-se numa adopção de novas metodologias de gestão para as quais se torna necessário estabelecer regras, definir indicadores e formas de controlo, tendo-se atribuído essas competências à Entidade Reguladora da Saúde.

O actual Modelo de Organização na Saúde reflecte as linhas de orientação descritas, assumindo-se novas práticas de organização e gestão nas Instituições de Saúde, de acordo com os seguintes objectivos estratégicos:

- Obter ganhos em saúde, através do aumento do nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida, reduzindo o peso da doença;
- Utilizar os instrumentos adequados à promoção de um sistema organizacional centrado no utente através da inovação e reorientação do Sistema;
- Garantir os recursos necessários à concretização do Plano Nacional de Saúde, promovendo o diálogo, adequando o quadro legal e criando mecanismos de acompanhamento e avaliação das medidas.

Neste sentido, estabelecem-se acções programadas para a concretização do Plano Nacional de Saúde nas diversas áreas de intervenção:

Quadro: Resumo das Estratégias do Plano Nacional de Saúde 2004-2010

Tipo de Estratégias	Áreas de Intervenção	Objectivos
I - Estratégias gerais de actuação transversal	1. Prioridade aos mais pobres	Atenuar os problemas de saúde relacionados com a pobreza e exclusão social
	2. Abordagem programática	Promover uma melhor coordenação entre os planos, programas e projectos existentes, modelando numa lógica de gestão integrada da doença e investindo em sistemas de informação
	3. Abordagem com base em <i>settings</i>	Promoção da colaboração com outros Ministérios através da identificação e coordenação de medidas (escolas, prisões, local de trabalho, etc)
II - Estratégias para obter mais saúde para todos	4. Abordagem centrada na família e no ciclo de vida	Análise com base nos estilos de vida e problemas de origem social, permitindo uma percepção mais integrada dos problemas de saúde por níveis etários e papéis sociais
	5. Abordagem à gestão integrada da doença	Permitindo a identificação de prioridades, desenvolvimento de programas, normas, sistemas de monitorização e vigilância, terapêuticas e auto-responsabilização do doente num contexto de gestão racional da doença por parte de todos os intervenientes.
III – Estratégias para a gestão da mudança	6. Mudança centrada no cidadão	Fomentar a participação activa do cidadão por forma a promover comportamentos saudáveis.
	7. Capacitar o sistema de saúde para a inovação	A promoção da inovação passa pela adequação da política de recursos humanos, gestão da informação e do conhecimento.
	8. Reorientar o sistema de saúde	Centrar a mudança nos cuidados primários, secundários, continuados e terminais e na política do medicamento, proporcionando um atendimento de qualidade, em tempo útil, com efectividade, humanidade e custos sustentáveis. Neste sentido, adoptam-se novos modelos de gestão: gestão empresarial, parcerias público-privadas, coordenação vertical entre os níveis de cuidados, gestão horizontal em saúde e incentivos à produtividade.
	9. Acessibilidade e	Através do uso racional do medicamento e avaliação do

	racionalidade da utilização do medicamento	sistema de participação,
IV – Estratégias para garantir a execução do Plano	10. Acompanhamento do plano	Comissão de acompanhamento do plano (CAP) que lidera as áreas prioritárias (doenças infecciosas, cancro, doenças do aparelho circulatório, saúde mental, traumatismos e estilos de vida). Definição de indicadores de monitorização associados às metas do Plano. Emissão de pareceres sobre os planos anuais das ARS, instituições e Comissões do ministério da saúde, atribuição dos recursos PIDDAC, Saúde XXI, Formação Contínua e outras
	11. Cativação de recursos	Garantir a priorização dos recursos em função das estratégias do Plano
	12. Dialogo	Garantir a coordenação dos vários actores através da comunicação através de Fóruns regionais e nacionais. Diálogo intersectorial através de outras políticas (agrícola, ambiental e educacional)
	13. Quadro de referência legal	Promoção de um código da saúde que centralize todas as normas fundamentais e actualização da legislação.

Para a concretização das estratégias referidas, destaca-se a relevância crescente do financiamento comunitário nas reformas e melhoria das infraestruturas do sector da saúde, bem como na promoção da qualificação dos profissionais de saúde.

A entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia, actualmente União Europeia, permitiu o acesso a fundos comunitários e o desenvolvimento da formação a nível de todo o País.

Inicialmente, durante o I Quadro Comunitário de Apoio, os subsídios concedidos foram dirigidos, essencialmente, para a formação de jovens à procura do primeiro emprego.

Contudo, o deficiente planeamento, a falta de experiência em formação de muitas das empresas promotoras, os atrasos na atribuição de fundos e o extemporâneo controlo e acompanhamento das entidades Gestoras, levou a que fossem inadequadamente

aproveitados os recursos, com implicações negativas a nível de formandos, das empresas e do próprio Estado Português.

Com a entrada do II Quadro Comunitário de Apoio (1994-1999) foram invertidas algumas das tendências anteriores, passando a formação profissional a privilegiar os activos empregados, numa perspectiva de melhoria contínua.

Também, as entidades promotoras, quer privadas quer públicas, passaram a ser maioritariamente as entidades empregadoras.

Foram priorizadas as acções de formação que fossem realizadas em regiões com carências em termos de estruturas sectoriais, com elevada taxa de desemprego e baixo nível de escolaridade e preparação profissional das populações.

Em 1996, a necessidade de elevação da qualidade da oferta formativa e a preocupação de critérios mais rigorosos na atribuição dos fundos comunitários e nacionais, veio institucionalizar um sistema de Acreditação de entidades formadoras.

O III QCA, iniciado em 2000, apresenta-se como uma estrutura de intervenção estratégica de mudança de atitudes de pessoas e de competitividade da economia nacional, orientado para a elevação do nível de qualificação profissional, através da formação contínua, ajustada às reais necessidades das pessoas, das Organizações e das Regiões onde estes se encontram inseridos.

Relativamente ao sector da saúde, de acordo com os dados disponibilizados nos relatórios de execução e lista de financiamentos aprovados do Programa Operacional da Saúde – POSaúde XXI, destacam-se os seguintes indicadores:

- Medida 2.3 Certificação e Garantia da Qualidade – foram aprovados 125 projectos das diferentes Instituições Hospitalares, totalizando um financiamento comunitário global de 111.214 Milhares de Euros, sendo a contrapartida nacional de 151.684 Milhares de Euros.
- Medida 2.4 Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde – contou com a concretização do financiamento comunitário em 12.029 Milhares de Euros.

III. CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

III.1 PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL

As principais características demográficas da população Portuguesa influenciam significativamente a oferta em matéria de saúde, bem como permitem observar a efectividade na prestação dos cuidados através do impacto na população.

Neste sentido, analisam-se alguns dos principais factores demográficos com implicações nos cuidados de saúde, como a densidade populacional, o aumento populacional, os movimentos migratórios, aumento da esperança de vida à nascença, diminuição da taxa de natalidade e idade média da população.

De acordo com os Censos 2001, a população total residente em Portugal era de 10 355 824, o que representa um aumento de 4,9% em relação à última década (Instituto Nacional de Estatística, Estatísticas Demográficas, 2001). A densidade populacional é de 109,09 pessoas por quilómetro quadrado, semelhante à da Eslováquia, Hungria e França (WHO, *"Health for all Database"*, 2003).

Enquanto que em 1970 somente 26% da população vivia em áreas urbanas, esta percentagem subiu para 65,6% em 2000. Hoje em dia, a maioria da população vive em zonas urbanas costeiras.

As duas maiores áreas metropolitanas são a área da grande Lisboa (com uma população residente de 1 897 033 habitantes em 2001), incluindo a capital, Lisboa, e a área do grande Porto (com uma população residente de 1 252 842 habitantes em 2001), incluindo a população da própria cidade do Porto.

A migração da população do interior para as cidades do litoral sempre constituiu uma característica de Portugal continental contudo, este movimento aumentou depois da revolução de 1974. Em 2001, 65,5% da população vivia em áreas urbanas em comparação com 34% em 1990. (OMS, *"Health For All Database"*, 2003).

Um factor que contribuiu para este aumento populacional foi, a par com o aumento da esperança de vida ao nascer, o regresso de mais de meio milhão de Portugueses das colónias ultramarinas Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde, S. Tomé e Príncipe e Timor que se tornaram independentes depois da revolução de 1974.

Outra característica demográfica importante acerca da população portuguesa é a emigração. Estima-se que entre 1960 e 1970 cerca de 1 200 000 portugueses tenham emigrado para quase todos os continentes mas, em especial, para a Europa. Nos últimos anos os emigrantes mais velhos começaram a regressar a Portugal.

Os recentes movimentos migratórios, legais e ilegais, do Brasil e dos países da Europa Central e de Leste, juntamente com a imigração tradicional vinda de África (Cabo Verde, Guiné Bissau, S. Tomé e Príncipe, Angola e Moçambique) estão a levantar novos problemas e novos desafios ao sistema de saúde português.

De acordo com os Censos de 2001, a população imigrante representa 2,2% da população residente (Instituto Nacional de Estatística, Censos 2001). A maioria (81,2%) insere-se nos grupos de idade activa (de 15 a 64 anos de idade), o que confirma as fortes razões das migrações para Portugal. Só 5% dos imigrantes têm acima de 64 anos de idade e 14% abaixo dos 15 anos. Na última década aumentou o número de imigrantes da Europa de Leste. Uma característica muito peculiar reside nas habilitações literárias deste grupo da população (Instituto Nacional de Estatística, Censo 2001).

Determinados Estudos mostram a fraca utilização que as comunidades africanas residentes em Portugal fazem dos serviços de saúde curativos e preventivos, incluindo o uso de serviços de saúde reprodutiva, apresentando ainda taxas mais elevadas de tuberculose. A ida a Hospitais e Centros de Saúde pelos imigrantes africanos é diferente e depende da duração da permanência em Portugal e da posse de visto legal de residência.

O perfil demográfico segue o dos outros países ocidentais da Europa, com um aumento da esperança de vida à nascença de 71,15 anos em 1980 para 76,9 em 2001. Contudo, os homens portugueses continuam a ter a esperança de vida mais baixa da Europa – 65 anos – em comparação com os países da UE (em 14,3 anos), enquanto

que a esperança de vida no caso das mulheres é a segunda mais baixa (em 17,8 anos) (*Eurostat, Key Figures on health, 2000*).

Apesar desta tendência se ter continuado a desenvolver favoravelmente nos últimos 20 anos, a esperança de vida da população portuguesa ainda permanece abaixo da média da UE. De acordo com os dados de 1999, a esperança de vida à nascença era de 78,37 anos na UE e de 75,52 anos em Portugal. A esperança de vida para as mulheres é, em Portugal, superior a outros países da UE.

Em 1999, a esperança de vida à nascença para as mulheres era de 79,08 anos em Portugal e de 81,43 anos na Europa. Pelo contrário, os homens portugueses continuam a ter a esperança de vida mais baixa quando comparada com outros países da UE. Em 1999, a esperança de vida à nascença para os homens portugueses era de 71,93 anos e de 75,19 anos na Europa (WHO, *Health For All Database*, 2003).

O número de nascimentos tem diminuído gradualmente desde 1960 (24,10 nados-vivos/1000 habitantes) e, em 1990, a taxa de natalidade bruta em Portugal era de 11,76 nados vivos/1000 habitantes, abaixo da média europeia de 12,02 nados vivos/1000 habitantes, atingida pela primeira vez em 1970 (WHO, *Health For All Database*, 2003).

Em 2000, a taxa de natalidade era de 11,75 nados vivos/1000 habitantes, ocupando de novo uma posição abaixo da média da EU, de 10,69 nados vivos/1000 habitantes (WHO, *Health For All Database*, 2000).

Os indicadores da saúde infantil, apesar de terem tido uma melhoria desde o início dos anos 60, sofreram uma redução dramática desde a revolução de 1974 e estão agora perto das médias europeias. A taxa de mortalidade infantil desceu 5 pontos percentuais entre 1970 e 1990 e decresceu de 10,8/1000 em 1991 para 5,0/1000 em 2001. Contudo, as diferenças regionais ainda existem: a mais elevada é nos Açores com 6,5/1000 e a mais baixa é na Região Centro com 3,8/1000 (INE, *Estatísticas Demográficas*, 2001).

A evolução positiva da mortalidade infantil em Portugal está, actualmente, melhor do que a média europeia e melhor do que a de muitos países desenvolvidos o pode em

grande parte estar relacionada com a permanência, durante mais de 30 anos, de políticas bem definidas, de estratégias, de programas e investimentos selectivos e coerentes nas áreas perinatal, materna e infantil, em vez de mudanças políticas e descontínuas. Os dados recentes mostram que 68% da mortalidade infantil diz respeito à mortalidade neonatal.

A idade média da população subiu de 31 para 36 anos de idade em relação ao período entre 1986-1996, enquanto que a taxa de dependência desceu de 79,7 em 1984 para 48,1 em 2001 (com base na relação da população com menos de 15 anos e mais de 65 anos de idade e entre 15-64 anos de idade) (Instituto Nacional de Estatística, Estatísticas Demográficas, 2002). As mudanças demográficas parecem ter seguido a melhoria global das condições sócio-económicas da população.

Devido à dinâmica populacional expressa através dos indicadores acima mencionados, estima-se que em 2015 a população total esteja abaixo dos 10 milhões (Banco Mundial, 2002).

Quadro: Os principais indicadores demográficos e de saúde

	1980	1985	1990	1995	1998	1999	2000
Esperança de vida à nascença (homens)	65.7	69.4	70.5	71.3	71.7	71.9	72.6
Esperança de vida à nascença (mulheres)	74.6	76.5	77.5	78.7	79.0	79.1	79.7
Taxa de mortalidade (taxa bruta /1000)	9.6	9.7	10.4	10.5	10.7	10.8	10.4
% da população com idade = ou > a 65 anos	10.5	11.9	13.8	14.6	15.2	15.3	15.5
Taxa de natalidade (1000 habitantes)	16.0	13.0	11.8	10.8	11.4	11.6	11.8
Taxa de Fertilidade (crianças por mulheres entre os 15 e os 49 anos)	2.2	1.7	1.5	1.4	1.5	1.5	1.5
Mortalidade infantil (mortes por 1000 nados vivos)	24.3	17.8	11.0	7.5	6.0	5.6	5.5
Mortalidade perinatal, (mortes/1000 nascimentos totais)	22.4	17.4	10.5	7.2	5.8	5.5	5.2
Taxa de escolaridade (% habitantes com idade igual ou superior a 15 anos de idade)	81.8	84.4	87.2	89.9	91.4	91.9	92.2

FORNTE: WHO, Health for All DATA BASE, 2003

Relativamente às causas de morte mais significativas, em 2000, as doenças do sistema circulatório constituíram 39% do nº total de óbitos enquanto que as doenças oncológicas atingiram os 20%. No total, estes dois grupos representam 59% dos óbitos.

De 1960 a 1990, o aumento tem sido significativo: 35% em 1960, 42% em 1970, 58% em 1980 e 62% em 1990. Em 2000, as causas externas representam 4,5% da mortalidade, em especial em relação aos homens (73%). Em 2000, 29% da mortalidade provocada por causas externas deveu-se a acidentes automóveis (INE, *Estatísticas da Saúde*, 2000).

As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte em Portugal e quando comparadas com as de outros países da Europa, encontram-se em posição desfavorável. Em 1999, a taxa de mortalidade padronizada provocada por doenças do sistema circulatório era de 329,03/100000 em Portugal, enquanto que a média europeia era de 257,83/100000 (WHO, *Health For All*, 1999).

Quadro: Causas de morte mais significativas, (Portugal 1997 – 2001)

	1997	2001	1997	2001
Doenças cerebrovasculares	17,3	16,0	24,8	23,0
Doenças isquémicas do coração	9,0	9,0	8,4	8,2
Cancro do estômago	2,9	2,9	2,1	2,0
Cancro do cólon	1,8	2,2	1,8	2,0
Cancro do pulmão	4,0	0,9	4,3	1,0
Cancro da mama	-	-	3,1	3,3
Cancro da próstata	3,0	3,0	-	-
Pneumonia	3,9	3,7	3,6	3,6
Cirrose hepática	2,8	2,6	1,2	1,0
Acidentes de viação	2,8	2,6	0,9	0,9
Diabetes	2,4	3,0	3,8	4,6

Fonte: Divisão of Epidemiologia, Direcção-Geral de Saúde, Ministério da Saúde, Portugal 2003.

A situação dos principais determinantes em saúde constitui o reflexo do estilo de vida ocidentalizado adoptado pela população, em geral, desde a revolução de 1974. As

diferenças de idade e do tipo de sexo em relação à adopção de estilos de vida resultam, desde logo, na elevada mortalidade provocada por causas externas e pelo consumo de tabaco entre os homens, por exemplo, mas provavelmente, irão ter um impacto futuro sobre a morbilidade e mortalidade (o número de mulheres fumadoras tem vindo a aumentar desde a década de 80) (Portugal, *Health Interview Survey 1987, 1996, 1999*).

A população portuguesa caracteriza-se por ter um elevado índice de consumo de álcool, um baixo índice de prática exercício físico e por mudar rapidamente de hábitos alimentares (apesar do consumo de vegetais e fruta ser o mais alto da Europa e o consumo de gorduras ser o mais baixo) (WHO, *The European Health Report*, 2003).

O programa de vacinação é muito bem sucedido desde o seu início nos anos 60. Foi desenvolvido de uma forma que assegurou, ao longo de um extenso período de tempo, adesão dos profissionais e da comunidade em geral. Isto explica os elevados níveis de vacinação portugueses para os padrões europeus.

As melhorias do estado de saúde da população portuguesa parecem estar associadas ao aumento dos recursos financeiros, materiais e humanos nos cuidados de saúde bem como à melhoria geral das condições económicas e sociais (por exemplo, habitação, educação, condições sanitárias, comunicações e transportes).

Apesar do aumento geral das condições de vida, existem desigualdades entre as regiões e provavelmente entre classes sociais. Estas disparidades são evidentes na variação de determinados indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade e a taxa de mortalidade infantil, bem como nas dificuldades do acesso, como por exemplo, o ratio de habitantes por hospital e o ratio de habitantes por profissionais de saúde.

III.2 EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

A evolução do Sistema de Saúde Português num permite-nos compreender os factores que mais influem sobre o seu desenvolvimento e a sua configuração actual.

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

O Sistema de Saúde em Portugal poderá diferenciar-se em cinco períodos: antes dos anos 70: início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS); de 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado; de 95 a 2002 - uma “nova gestão pública” para o SNS.

Ao longo dos últimos 30 anos pode ser claramente identificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde, consistindo no aumento do financiamento da saúde, na expansão dos serviços de saúde – quer em termos de instalações quer na adopção de novas tecnologias médicas e de informação – melhoria do acesso a medicamentos e esforços contínuos de melhorar a organização e gestão do SNS.

No entanto, muitas das reformas bem intencionadas foram implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade política, observando-se a correlação com as agendas políticas das diversas equipas ministeriais.

No início dos anos 70 Portugal apresentava indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então: uma taxa de mortalidade infantil de 58.6 (5.0 em 2001), aproximadamente 8.000 médicos (à volta de 33.000 em 2001, com um pequeno incremento populacional ao longo destes 30 anos), 37% de partos hospitalares (99% em 2001).

O sistema de saúde Português estava muito fragmentado: alguns grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência; Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971); médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório.

A capacidade de financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada sendo cerca de 2,8% do PIB, em 1970.

As profissões da saúde, principalmente médicos, adaptavam-se às limitações económicas no sector e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações, de forma a conseguir um nível de remuneração e de satisfação profissional aceitável.

A reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), permitiu o estabelecimento e expansão do SNS, instituindo os “Centos de Saúde”, mais tarde, designado como “cuidados de saúde primários”.

A revolução do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente. Emergiram novas políticas sociais. A criação de um Serviço Nacional de Saúde foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde.

A nova constituição estabelecia que “todos têm direito à protecção da saúde” que se realizaria “pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” fazendo referência ao desenvolvimento económico, social e cultural de forma a assegurar e a promover a saúde.

A lei do Serviço Nacional de Saúde (1979) declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica.

A revisão da Constituição em 1989 muda “serviço nacional de saúde” “gratuito” para “tendencialmente gratuito”, significando ainda que o financiamento da saúde começou a provir do Orçamento Geral do Estado substituindo o financiamento com base nos fundos sociais.

Nos anos 70 a “crise do petróleo” teve um impacto muito negativo na economia portuguesa provocando limitações sérias no financiamento disponível para iniciar as reformas sociais.

Após uma década de implementação dos centros de saúde (centros de saúde de 1ª geração) perdeu-se a oportunidade de lhes fornecer o desenvolvimento organizacional necessário para melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica (medicina geral e familiar introduzida em 1980), em 1984/5, quando foram fundidos com os Serviços Médico - Sociais da Previdência. Os então centros de saúde (1ª geração) com actividades predominantes na área da saúde pública foram fundidos com os postos das caixas de Previdência que faziam medicina curativa, tornando-se no que se designa por centros de saúde de 2ª geração. Como os salários continuavam a ser baixos para os profissionais de saúde, muito poucos se dedicavam exclusivamente ao SNS.

No período de 1985-1995 introduziu-se a regionalização do SNS e o sector privado num quadro de estabilidade política. Portugal tornou-se membro da Comunidade Económica Europeia (agora União Europeia) em 1986 e tornou-se possível o financiamento europeu para desenvolvimento de infra-estruturas sociais e económicas, beneficiando as instalações e equipamentos do SNS que continuaram a expandir-se sendo uma proporção crescente da riqueza do país destinada à saúde.

Face ao período de evolução em análise, tornou-se clara a necessidade de alterações de gestão e organizacionais para melhorar a efectividade e eficiência do sector da saúde, sendo as preocupações mais evidentes:

- SNS enquanto rede de cuidados de saúde: a legislação de 1990 (Lei de bases da saúde) definiu o papel do SNS num contexto mais alargado de sistema de saúde, considerando a existência de um sector social e privado na saúde .
- O sector privado na saúde: estímulo à gestão privada de instituições de saúde, tendo em 1995, a gestão de um hospital novo, de 600 camas, próximo de Lisboa,

sido contratada a um consórcio privado, modalidade que não voltou a ser aplicada nos 6 anos seguintes.

- Regionalização e integração do SNS: em 1993 foram estabelecidas 5 regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde) assim como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde por forma a conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários.
- Taxas moderadoras no SNS: introduzidas em 1990 com excepção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos.
- Profissionais de saúde: foi reconhecida a necessidade de melhores salários em troca de uma maior separação entre serviços públicos e privados.

Outras alterações incluíram o início do desenvolvimento de um sistema de informação baseado nos “Grupos de Diagnóstico Homogéneo” para a gestão hospitalar.

A Reforma do SNS (1995-2001) denota uma abordagem segundo a “nova gestão pública”, apresentando as seguintes características:

- Estratégia de Saúde: de 1996 a 1999 foi desenvolvida a “Estratégia para a viragem do século” que incluía metas de 5 e 10 anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços. A implementação e monitorização deste plano foi descontinuada aquando da entrada de uma nova equipa ministerial, no final de 1999.
- Empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde: em 1996, foi decidido que todos os hospitais deveriam adoptar novas formas de gestão, mais flexível e autónoma, de “empresas públicas”. De 1996 a 1999 3 novos hospitais adoptaram novas formas de gestão. Durante este período iniciaram-se uma série de projectos experimentais na reorganização dos cuidados de saúde primários. Os projectos Alfa são exemplos destas experiências em que equipas de médicos, enfermeiros e administrativos, com um projecto de trabalho negociado com a administração, exerciam a sua actividade, muitas vezes em instalações mais próximas das comunidades. Estas experiências foram avaliadas positivamente e estimularam a adopção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, numa base experimental, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infra estruturas de informação. Estas experiências também

inspiraram a legislação de 1999 que via os centros de saúde como organizações em rede.

- Desenvolvimento da qualidade: foi desenvolvida uma nova abordagem para promover a qualidade no sector da saúde acompanhada pela criação do Instituto da Qualidade em Saúde
- Política de recursos humanos: em 1998, o Conselho de Ministros adoptou uma resolução criando mais duas escolas de medicina públicas, reforçando o ensino da enfermagem, promovendo mais capacidade de investigação e melhor coordenação entre as instituições onde se faz a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde.
- Melhorar as infra-estruturas da saúde pública: foram criados 5 centros Regionais de Saúde Pública, desde 1999, com o objectivo de reforçar a saúde pública ao nível regional e local através de fornecimento de perícia em epidemiologia e liderança na promoção e gestão da saúde.
- Reengenharia do sistema – distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde; sistemas locais de saúde: em 1996, as Administrações Regionais de Saúde iniciaram um processo que levou ao estabelecimento das “Agências de Contratualização”. Estas destinavam-se à análise, negociação e decisão da distribuição de recursos financeiros pelos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de informação e monitorização para esse fim. Em 1999 foi aprovada legislação para suportar a melhoria de coordenação das actividades de saúde ao nível local (sistemas locais de saúde).

No enquadramento das medidas referidas, destacam-se ainda outras iniciativas, como sejam:

- Programas para reduzir as listas de espera cirúrgicas;
- Introdução do cartão do utente;
- Alteração do método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais para incorporar elementos de financiamento prospectivo, relacionado com actividade (baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo).

- Iniciativas para regular o mercado farmacêutico, incluindo a promoção de medicamentos genéricos;
- Estabelecimento de normas formais para o desenvolvimento de Planos Directores Regionais para os hospitais e centros de saúde do SNS;
- Parcerias Público-Privado (PPP's) para a construção de novos hospitais.

No OCDE Annual Review de Fevereiro de 1998, destacam-se alguns dos factores em análise apreciados pela OCDE, contendo as seguintes referências do Sector da Saúde Português:

No que diz respeito à capacidade e desempenho do Sistema de Saúde, em 1996, as despesas totais de saúde aproximavam-se da média da OCDE, embora em termos absolutos, as despesas *per capita* fossem relativamente baixas dado o estado de desenvolvimento económico do País, reconhecendo que o ritmo no aumento dos gastos em saúde apresentava a taxa mais elevada nos anos de 1974-1986 proporcionando a melhoria dos resultados em saúde, ainda que a um nível abaixo de outros países.

Apresentando-se como um sistema de prestação misto (público e privado), em meados da década de 90, os gastos privados com a saúde, apesar do aumento das despesas públicas aproximavam-se de 40% dos gastos totais.

Em termos de organização e financiamento do SNS, os cidadãos portugueses têm direito a uma rede regionalizada de cuidados de saúde através de centros de saúde e hospitais, tendencialmente gratuitos e financiados por impostos.

No que concerne aos cuidados de saúde primários, os centros de saúde garantem a respectiva prestação a nível ambulatorio, empregando em média 80 profissionais por centro (cerca de 25% médicos), não dispendo de autonomia de gestão nem financeira.

Os hospitais são caracterizados por instituições com capacidade de internamento, empregando cerca de 75 000 profissionais, dos quais 20% são médicos e 30% enfermeiros, geridos por Conselhos de Administração com limitada autonomia de gestão.

Relativamente aos médicos, 27% são clínicos gerais, 70% médicos hospitalares e 3% de saúde pública, remunerados por salários fixados de acordo com a categoria profissional e tempo de serviço.

Em relação ao financiamento dos gastos públicos em saúde, encontram-se garantidos por via fiscal, sendo atribuído um orçamento à saúde, em grande parte destinado a orçamentos hospitalares, apesar das receitas próprias via taxas moderadoras.

Encontra-se referido que em paralelo com o SNS existem sub-sistemas de saúde que cobrem cerca de 25% da população, geralmente estabelecidos numa base profissional e financiados pelas contribuições dos empregadores e empregados.

No âmbito do sector de saúde privado, destaca-se a evolução nos anos 80 e forte incentivo desde 1990. O seguro privado de saúde abrange cerca de 10% da população, enquanto que os prestadores privados garantem grande parte das consultas médicas, exames e testes laboratoriais e tratamentos de fisioterapia.

No quadro de actividade da indústria farmacêutica e farmácias, os preços dos medicamentos são estabelecidos pelo Governo em processo de negociação com a indústria farmacêutica, sendo normalmente os mais baixos da UE.

O SNS utiliza uma lista para o reembolso das despesas com os medicamentos com três categorias: 0%, 30% e 60%, privilegiando com uma redução os pensionistas com mais de 65 anos, cujo rendimento não exceda 3 vezes o salário mínimo.

Em relação às fontes de pressão sobre as despesas em saúde, destacam-se os gastos públicos com os hospitais, os produtos farmacêuticos e serviços paramédicos, tendo os gastos com os cuidados ambulatoriais subido mais lentamente.

Em 1990, Portugal apresenta-se como o país que gastou mais em medicamentos, em termos de % do PIB, o que poderá ser relacionado com o facto da prescrição médica do sector privado ser desde 1995 reembolsável pelo SNS. Em termos de agregado familiar, quase metade das despesas em saúde é gasto em medicamentos.

As alterações demográficas da população relacionadas com o ritmo de envelhecimento da população com mais de 65 anos que aumentou de 11,4% em 1981 para 14,8% em 1995, justificaram o acréscimo na necessidade de consumir mais prestações de saúde.

A maioria dos preços dos cuidados de saúde quando comparados com os padrões internacionais apresentam-se baixos, no entanto, os honorários pagos por serviços privados prestados por clínicos gerais, especialistas e dentistas são bastante elevados.

Relativamente aos profissionais de saúde, não há evidência de que Portugal tenha excesso de pessoal, pelo contrário, a densidade de emprego mantém-se inalterada face a 1985. O número de enfermeiros por cama hospitalar, bem como o número de camas é reduzido. O número de médicos hospitalares aumentou entre 1990 e 1995, reduzindo-se o de clínicos gerais.

As preocupações no âmbito da eficiência e estruturas de incentivos centram-se na falta de incentivos salariais em relação ao esforço pelo trabalho e competência e o estatuto de duplo emprego que poderá estar na origem das listas de espera, fraca capacidade de atendimento e problemas de acessibilidade.

Assim, os gastos em saúde relativamente elevados poderão estar associados à complexidade da sobreposição de seguros e ao número elevado de prescrições por contacto médico, dado que os doentes consultam em simultâneo os dois subsistemas (público e privado), dando origem à duplicação de cobertura.

Na análise ao processo de reforma, o estudo da OCDE demonstra o carácter gradual da mesma associado à introdução de novos modelos estruturais e funcionais nos centros de saúde e hospitais.

Face ao enquadramento descrito a OCDE apresenta um conjunto de recomendações, destacando-se:

- As falhas de mercado que podem ocorrer num sistema misto que se pretende consistente;

- As disparidades regionais na dotação dos cuidados de saúde, acessibilidade e diferenciação entre grupos populacionais com diferentes rendimentos;
- O carácter experimental das reformas, não permitindo ainda um método de ajustamento claro;
- A necessidade de melhoria na ligação entre a prestação pública e privada de modo a aumentar a eficiência do SNS.

Neste sentido a reforma do sistema português de saúde deverá ter presente os seguintes elementos:

- As Instituições Públicas deverão obter serviços com maior custo-efectividade, melhorar a coordenação e integração das Instituições públicas e alterar o sistema de remuneração dos médicos;
- No sector privado deverá ser reforçada a competição na prestação de cuidados de saúde, através de preços de referência e eliminação das restrições à aceitação;
- Deverá proceder-se à liberalização do local das vendas de alguns produtos farmacêuticos, bem como proceder-se à alteração do sistema de reembolso para eliminar desincentivos à produção e venda de genéricos;
- Os agregados familiares deverão utilizar os serviços de saúde de forma mais económica;
- As deduções fiscais deverão ser revistas e introduzidos cartões de identificação que clarifiquem a ligação a seguros e subsistemas;
- A possibilidade de escolha dos doentes deve ser reforçada;
- Deve ser reduzida a possibilidade de sobreposição da cobertura do SNS pelos subsistemas e seguros;
- As autoridades regionais de saúde precisam de manter a obtenção de cuidados de saúde junto dos sectores público e privado, sendo necessária a clara divisão.

III.3 SISTEMAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE OITO PAÍSES

Tendo por objectivo destacar outras experiências adoptadas num contexto internacional e constituindo uma análise comparativa, apresenta-se alguns dos principais factores dos Sistemas de Saúde existentes no Canadá, Estados Unidos da América, Alemanha, Suíça, Reino Unido, Austrália, Singapura e África do Sul.

Canadá

No Canadá a Saúde é predominantemente financiada através do sistema público, sendo da responsabilidade de cada província assegurar o seguro a cada residente. A maioria dos Hospitais são financiados por via governamental, não sendo permitido a actividade dos seguros de saúde privados, excepto nos serviços que não estão cobertos no sistema público de saúde.

O actual Sistema de Saúde foi instituído em 1948, e acompanhado por um extenso projecto de construção de hospitais, planeado regionalmente.

Desde 1966 que os serviços de saúde são garantidos pelas províncias federais recorrendo aos princípios da universalidade, possibilidade de transferência de uma província para outra, cobertura de todas as áreas médicas necessárias, administrados de forma pública e acessíveis.

Cerca de 69,4% da despesa em saúde é suportada pelo sector público – federal, províncias e governos municipais, concorrendo o sector privado para os restantes 30,6%. Cada província detém um plano de garantia para a saúde, podendo apresentar diversas formas de cobertura dos serviços de saúde aos seus residentes. A maioria dos médicos são profissionais independentes, prestado serviços aos seus doentes e pagos pelo governo numa base de valor/serviço. Os enfermeiros são remunerados numa base de salário.

As despesas inerentes ao sector público referem-se a outras prestações de saúde não médicas, Instituições que prestam cuidados ao domicílio, medicamentos, cuidados

dentários e oftalmológicos e prémios de seguro destinados à cobertura dos serviços referidos.

Estados Unidos da América

Existem dois programas públicos de garantia para os cuidados de saúde que envolvem cerca de 27% da população americana:

- Medicare – constitui um programa federal destinado ao financiamento das despesas com idosos (mais de 65 anos) e deficientes. Cerca de 70% dos idosos para além do Medicare, dispõem ainda de um seguro privado, assegurando as restantes despesas de saúde não prevista no programa
- Medicaid – garante o financiamento de cuidados a pessoas de baixos recursos financeiros, variando a distribuição conforme o Estado onde se insere.

A despesa de saúde do governo federal é canalizada para os programas referidos, abrangendo os custos dos hospitais, cuidados de enfermagem ao domicílio, medicamentos, actividade médica e outros, bem como o financiamento para a investigação e desenvolvimento, veteranos. Os governos locais contribuem para o Medicaid, financiando ainda outras iniciativas de saúde pública e hospitais universitários.

Em 1997, o sector público garantia um financiamento de 46,4% da despesa total em saúde, sendo os restantes 53,6% relativos ao sector privado.

Entre os vários programas de seguro privados, incluem-se modalidades de planos de valor por serviço, cuidados prestados em organizações preferenciais, e mais recentemente contas poupança para saúde. Cerca de 70% dos Americanos dispõem de seguro privado de saúde, a maioria obtido através da entidade empregadora.

A utilização de seguro privado de saúde não constitui uma obrigação, cerca de 16,1% da população não dispõe desta garantia, pelo que, por lei, nem os hospitais públicos nem privados poderão recusar o tratamento.

Nos anos 90 os custos relativos à saúde constituíam uma grande preocupação, tendo-se implementado diversas medidas de reforma destinadas ao controlo dos custos.

Alemanha

O sistema de saúde Alemão remonta a 1883, tendo-se definido um seguro de saúde estatutário, abrangendo cerca de 87% da população. Em complemento existe um fundo de doença financiado através das contribuições dos empregadores e empregados, sendo gerido de forma descentralizada e na maioria por organizações não lucrativas, apenas 10% deste fundo é administrado por seguradoras privadas.

As contribuições da população activa são definidas através de uma percentagem em função do seu rendimento. É permitido o recurso às seguradoras privadas aos cidadãos cujo rendimento seja superior ao estabelecido, representando cerca de 9% da população. Os desempregados encontram-se assegurados por financiamento directo do governo. Cerca de 4% da população apresenta outras alternativas específicas como seguros militares, e apenas 0,1% não dispõem de qualquer garantia.

O governo federal fornece o enquadramento legal da política de saúde, sendo as províncias responsáveis pela prestação dos serviços através do apoio aos hospitais, educação, etc. A maioria dos hospitais são propriedade da província, governos locais ou organizações sociais. Cerca de 15% dos hospitais, representando 7% de camas são geridas pelo sector privado.

Em cada uma das regiões, a associação regional dos fundos de doenças negocia com as associações regionais dos profissionais de saúde, especialistas e hospitais, determinado valor relativo à prestação de serviços, incluindo dentistas. A maioria dos serviços em ambulatório é gratuita, bem como serviços sociais, psiquiátricos e familiares, sendo prestados pelas estruturas de saúde pública. Existem ainda determinados medicamentos que são subsidiados pelo Estado.

Em 1993 com o estabelecimento do *Health Care Structure Act* havia uma clara separação entre cuidados primários e hospitalares, tendo-se em 2000 implementado a cooperação entre clínicos gerais, especialistas em ambulatório e hospitais, permitindo a melhoria dos mecanismos de financiamento para os profissionais e hospitais. Em

1995 determinou-se a necessidade de um seguro para suportar os cuidados continuados através da família, vizinhos e cuidados de enfermagem domiciliários.

Suíça

Desde 1996, através do *Compulsory Health Insurance Act*, que se tornou obrigatória a necessidade de um seguro de saúde para a população.

O mercado dos seguros de saúde representa cerca de 300 empresas privadas, sendo regulado através de legislação os benefícios mínimos a garantir e assumindo diversas formas de cobertura de cuidados. As seguradoras garantem um pagamento percentual em função do risco do seu segurado a um fundo regional destinado a manter o equilíbrio das compensações e evitando a tendência das seguradoras não acolherem segurados de elevado risco.

Os cidadãos que não possam garantir o pagamento de um seguro terão um suplemento no rendimento. O sector público garante subsídios a hospitais e instituições que prestem cuidados continuados e domiciliários.

As famílias contribuem directa e indirectamente (através de seguros) para 64,9% do total das despesas em saúde, as empresas 6,8%, enquanto que o governo garante 24,9% destes custos, o restante 2,1% e 1,3% são respectivamente dos estrangeiros e fundos de seguro. Em termos globais a despesa pública com a saúde totaliza 69,3%, sendo 30,7% do sector privado.

Reino Unido

O *National Health Service* (NHS), introduzido em 1948, representa o principal prestador de cuidados de saúde no Reino Unido, financiado através dos impostos dos cidadãos e baseando-se na universalidade, equidade, integração da prevenção e tratamento, e não cobrável no ponto de distribuição.

Este sistema não inclui serviços dentários e oftalmológicos, pelo que desde o início que se instalou um sistema privado que apresenta as soluções para os serviços não cobertos pelo NHS.

Cerca de 11% da população detém um seguro privado de saúde ou recorre directamente aos serviços privados.

Nos anos 90 estabeleceu-se um “mercado interno” dentro do NHS, por forma a proporcionar maior competitividade no sistema público, permitindo a separação da função prestador - pagador: aos clínicos gerais foi-lhes dada a possibilidade de prestar serviços adicionais aos seus doentes, através da atribuição de um fundo de financiamento gerido pelos próprios – *GP fund-holding* e foram criadas estruturas semi-autónomas – *Trusts* que assumem a gestão de hospitais e outras Instituições do serviço público.

As características deste “mercado interno” reforçaram a competitividade na base da qualidade-preço na medida em que a globalidade dos hospitais são geridos por *NHS Trusts* que não recebem o financiamento directo do Estado mas sim as “encomendas” dos serviços de saúde a prestar ao doente, procurando assim aumentar cada vez mais a carteira de “clientes”, mesmo que fora da comunidade local.

Em 1999, as *GP fund-holding* foram substituídas por grupos de cuidados primários, que para além dos clínicos gerais, incluíam ainda outros profissionais de saúde, serviços sociais e membros da comunidade local, estabelecendo-se estruturas corporativas – *Primary Care Trusts* (PCT's) com orçamento próprio em função da dimensão da população, cerca de 100.000 habitantes por PCT's.

Outra das alterações introduzidas no quadro legal de 1999 foi o pagamento adicional às autoridades de saúde com base no seu desempenho no âmbito do controlo dos preços e resultados das farmacêuticas e a aplicação de coimas em casos de fraude ao NHS.

O *Health Act* estabelece ainda a necessidade da garantia da qualidade dos serviços de saúde prestados no sistema, criando-se uma estrutura de monitorização – *Commission for Health Improvement*, bem como o *Institute for Clinical Excellence*, tendo por missão a definição de linhas de orientação e acompanhamento clínico em função do custo-efectividade das novas tecnologias em saúde, incluindo a medicação.

Em 1991 foi desenvolvido o *Patient's Charter*, especificando os requisitos do serviço de saúde e direitos dos doentes através da descrição detalhada de informação sobre os diversos locais, requisitos de qualidade, tempo máximo de demora nos tratamentos e seguimento das reclamações.

Austrália

Através do programa *Medicare*, o governo assegura 72% das despesas de saúde na Austrália, garantindo cuidados primários, hospitais públicos, serviços farmacêuticos e cuidados de enfermagem.

O sector privado opera em cerca de 28% da despesa englobando serviços que não estão previstos no sector público, através de pagamentos directos a Instituições privadas ou seguradoras.

Recentemente o governo federal instituiu o *Lifetime Health Cover*, por forma a controlar o aumento das taxas seguradoras, tornando-as mais acessíveis à população e encorajando os jovens na adesão aos seguros privados. O sistema tem ainda associado um mecanismo de retorno para o Estado na medida em que por cada dólar em contribuição do seguro, o governo retém 30 cêntimos, permitindo diminuir a pressão da despesa pública em saúde.

Singapura

Singapura detém um sistema misto de prestação de serviços de saúde e financiamento. Os cuidados primários são garantidos por profissionais independentes e clínicas privadas representando 80% sendo os restantes 20% prestados por policlínicas públicas, os secundários e terciários por especialistas em organizações públicas (80%) ou privadas (20%).

Relativamente à despesa pública, o Estado concorre com 31% do financiamento, sendo os restantes 69% relativos ao sector privado.

O valor dos serviços de saúde está relacionado com o conforto e elevados níveis de serviço em função da disponibilidade financeira dos doentes. Nos hospitais públicos,

actualmente reestruturados e geridos por entidades privadas, o doente poderá optar por vários níveis de conforto:

- Classe A: Quartos de 1 a 2 camas com climatização em que o doente paga a totalidade do custo
- Classe C: Quartos estilo dormitório com 10 ou mais camas, sem ar condicionado, sendo a prestação do serviço subsidiada em 80%
- Classe B1 e B2: condições intermédias de conforto, sendo subsidiadas a 20% - 60% do valor global

Os doentes, independentemente das classes de conforto recebem semelhantes níveis de cuidados, não sendo vedada a nenhum cidadão o acesso ao sistema de saúde nos hospitais públicos.

Os hospitais privados seleccionam os doentes, através da possibilidade de pagamento dos serviços, não sendo regulados os valores dos serviços, havendo, no entanto, linhas de orientação para os serviços médicos.

Existem seguros de saúde, no entanto a maioria dos métodos de financiamento são organizados através da política governamental, atendendo à filosofia de que cada cidadão deverá adoptar estilos de vida saudáveis, sendo responsável pela sua saúde.

Neste sentido, coexistem três tipos de sistemas:

- *Medisave* – um sistema de poupança obrigatório integrado num fundo central destinado a apoiar eventuais necessidades de hospitalização, principalmente após a reforma que conta com a contribuição de empregadores e empregados, cerca de 40% do rendimento do activo e representando 6% a 8% do salário. Este fundo de poupança poderá ser utilizado em situações de doença do próprio ou familiar directo, havendo ainda a possibilidade de transferência para a compra de casa e outros investimentos aprovados pelo governo.
- *Medishield* – constitui um complemento do anterior, sendo um seguro voluntário para reforço a eventuais situações de saúde derivadas de um grande acidente ou doença prolongada.

- *Medifund* - representa um fundo suportado pelo governo para apoio a pessoas carenciadas com recurso a determinadas Instituições e Hospitais.

África do Sul

Os sistemas de saúde caracterizam-se por estruturas mistas de prestador e pagador. Os hospitais públicos destinam-se maioritariamente aos cidadãos que não podem pagar os serviços privados e não dispõem de seguro, representando cerca de 80% da população, e cerca de 40% do total da despesa pública, enquanto que o sector privado atende 20% da população.

A maior parte do financiamento público é dispendido no sector do tratamento, sendo apenas 11% absorvido nos cuidados primários.

Relativamente à distribuição no sector privado, 11% é afecto aos cuidados primários, 32% aos serviços médicos, 18% em hospitais privados e 18% em especialistas hospitalares, sendo os restantes 18% para cuidados dentários e 4% em hospitais públicos.

Em relação aos profissionais de saúde, 62% dos clínicos gerais, 77% dos especialistas, 88% dos farmacêuticos e 89% dos dentistas operam no sector privado.

Existem dois tipos de seguros privados: seguros sociais, sem fins lucrativos, na sua maioria acessíveis à população empregada no activo e as seguradoras com fins lucrativos baseados no índice de risco associado, oferecendo diversos tipos de programas (assistência e poupança).

Mediante o *Medical Scheme Act*, em 1967, foram implementadas diversas medidas de abrangência dos seguros aos idosos e pessoas de risco, havendo em 1999 cerca de 168 sistemas privados de seguros.

Em termos de infraestruturas existem hospitais públicos e clínicas geridos por estruturas privadas e Instituições sem fins lucrativos a prestar cuidados no sistema

público – *Provincial-aided health facilities* (PAHF's), existindo ainda hospitais e clínicas privadas.

Encontra-se previsto um sistema de co-pagamento nas Instituições Públicas, no entanto, a recolha não é sistematizada e muitos dos doentes não pagam as taxas.

O sistema remunerativo no sector público apresenta uma base salarial, enquanto que no privado os médicos são remunerados por valor/serviço e os enfermeiros por salário.

Recentemente debatem-se as soluções para a reforma do modelo de modo a tornar o sistema de saúde mais equitativo e eficiente, adoptando-se estratégias de descentralização e enfoque nos cuidados de saúde primários baseado no desenvolvimento de um sistema de saúde distrital cuja actuação seria a elaboração e implementação das políticas, organização e fornecimento da actuação preventiva, cuidados hospitalares num base pública e contratação de serviços privados.

Quadro: Indicadores Comparativos do Estudo dos oito Hospitais

Table 1 Summary of Health Index Scores									
(Score: 100 = best/most, 0 = worst/least)									
	South Africa (SA)	Canada (CA)	United States (US)	Germany (GR)	Switzerland (SW)	United Kingdom (UK)	Australia (AU)	Singapore (SG)	Highest scorer
Demographics	60.0	46.0	28.2	52.2	46.2	32.0	49.2	70.4	SG
Socioeconomic status	3.7	68.3	71.5	52.7	65.4	58.0	58.5	57.5	US
Health status	23.5	82.7	66.9	72.5	73.4	62.6	63.4	80.1	CA
Mortality rates	30.8	70.1	64.2	67.9	70.3	67.8	70.6	70.8	SG
Preventable illnesses	22.6	75.6	71.4	89.8	81.9	94.9	87.0	90.9	UK
Health coverage	23.3	88.0	32.7	62.6	100.0	95.5	86.7	40.2	SW
Equality	16.8	85.9	63.5	33.3	100.0	SG
Distribution of health spending	97.8	41.0	39.8	39.6	12.7	50.8	23.3	0.0	SA
Availability of services	17.7	48.9	54.5	76.6	68.6	35.4	50.2	16.3	GR
Technology	...	6.2	74.5	74.7	88.3	14.2	60.0	...	SW
Appropriateness of services	...	52.2	79.1	44.0	0.0	85.2	71.6	...	UK
Patient satisfaction	43.0	27.9	45.7	63.6	88.0	41.0	47.9	49.1	SW
Efficiency	86.7	64.4	69.1	41.5	34.7	53.5	40.3	94.5	SG
Sustainability	50.0	37.7	35.7	40.0	54.9	47.7	35.7	46.8	SW
Total health spending	87.4	56.8	0.0	34.6	37.3	77.8	68.2	94.7	SG
Public sector spending	31.6	38.3	24.2	76.2	78.4	89.9	32.4	18.9	UK
Private sector spending	49.6	15.9	66.2	55.5	30.3	3.9	61.8	59.5	US
Overall score*	45.4	56.7	53.6	59.0	59.2	60.5	56.8	62.1	SG

* Overall score does not include demographics, socioeconomic status, public and private sector spending. The data used to calculate the scores and the individual indicator scores within each group are in Appendix I and Appendix II.

Apesar da diferenciação existente entre os países e modelos de gestão em saúde analisados, bem como no Sistema Português de Saúde os desafios da sustentabilidade traduzem-se na partilha de preocupações face a problemas semelhantes, embora com níveis de criticidade diferentes:

- Os custos da saúde continuam a aumentar quer nos sistemas em que a prestação de cuidados e financiamento sejam de carácter público ou privado;
- Os profissionais de saúde exigem cada vez mais o aumento dos seus salários, grande parte motivado pelo acréscimo da oferta;
- A tecnologia médica adoptada exige um reforço permanente de investimento;
- As expectativas dos doentes face ao sistema de saúde são cada vez mais exigentes;
- O acréscimo da população com mais de 65 anos exige um reforço no investimento resultante do aumento dos cuidados de saúde a prestar.

III.4 AS REFORMAS E POLÍTICAS DA SAÚDE EM PORTUGAL – CONTEXTO ACTUAL

Foi frequente, no passado, a falta de implementação, parcial ou total, das reformas legislativas. São facilmente apontados alguns exemplos significativos.

A reforma de 1971 tinha como objectivo integrar os centros de saúde pública e os postos das caixas de previdência numa rede de cuidados de saúde primários. Isto só aconteceu cerca de 12 anos depois e 5 anos depois da lei do Serviço Nacional de Saúde voltar a reafirmar esta integração.

A legislação do Serviço Nacional de Saúde apontava a necessidade de uma estrutura de gestão central do SNS. Esta nunca foi criada. Actualmente a administração central do SNS continua fragmentada num número considerável de Direcções Gerais e Institutos difíceis de coordenar e de fornecer uma interface central adequada com as administrações regionais.

A lei de bases da saúde de 1990 só foi compatibilizada com o SNS com legislação produzida em 1993 e com a aplicação de uma das suas maiores apostas – a gestão privada de instituições públicas – a uma só experiência, em 1995.

Mais recentemente, a legislação sobre “Sistemas locais de saúde” e a reforma dos centros de saúde não foi implementada, ou substituída por algo diferente, nos 2-3 anos seguintes.

Em Portugal, as condições económicas e sociais sofreram progressos extraordinários nos últimos 30 anos. A melhoria do estado da saúde e dos serviços de saúde são também reflexo destas evoluções sociais.

Em algumas áreas, Portugal fez mais do que seria de esperar atendendo aos seus indicadores económicos e sociais.

As dificuldades na implementação de reformas dos cuidados de saúde podem ser atribuídas a múltiplos factores. Foram identificadas, pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde, cinco factores:

- Decisões pouco baseadas no conhecimento: as dificuldades e limitações no desenho e implementação de políticas públicas baseadas na evidência são bem conhecidas. Muito poucas das reformas mais importantes, em Portugal, foram precedidas de documentos de análise, evidenciando o conhecimento existente que fundamenta as decisões, estabelecendo resultados esperados, de forma objectiva e quantificada, estabelecendo a forma a adoptar para avaliar o impacto dessa reforma ou ainda beneficiaram de debate técnico e publico alargado. A ausência destas linhas de referência compromete severamente a monitorização e avaliação prospectiva e enfraquece a implementação.
- Tradição normativa: a gestão da mudança tem uma forte tradição normativa em Portugal. A legislação é mais vista como um instrumento de lançamento de um processo de reforma que como um instrumento facilitador e de reforço a experiências de sucesso, no terreno. Esta tradição tende a desvalorizar a importância de elementos culturais, educacionais e de gestão, no processo de mudança.
- Administração “comando e controlo”: esta tem sido uma característica dominante do sistema de saúde. O papel limitado dos sistemas de informação na gestão e política tornam a implementação de políticas um exercício arriscado.
- Descontinuidade política: nos últimos 20 anos observaram-se descontinuidades severas nas políticas de saúde. Estas não se limitam a mudanças, naturais, de ciclos políticos, mas também são vistas, frequentemente, em mudanças ministeriais dentro do mesmo governo. Estas descontinuidades têm sido um factor predominante na dificuldade de implementar reformas da saúde em Portugal.
- Limitações à governação e resistência à mudança: uma boa governação (governance) ainda está por aplicar à gestão da mudança.

A agenda política actual combina a expansão e reorientação das políticas iniciadas pelos governos anteriores (hospitais como empresas públicas, PPP, promoção de genéricos) com uma nova filosofia em relação aos papéis dos sectores público,

privado e social, sendo o actual sistema de saúde descrito como uma rede de serviços prestadores de cuidados de saúde que pertencem aos três sectores referidos.

Os cidadãos poderão escolher os serviços de acordo com as suas necessidades e preferências. O financiamento público será disponibilizado para suportar os padrões de procura dentro de limites acordados entre o Ministério da Saúde e os serviços de prestação de cuidados escolhidos.

Neste novo enquadramento estratégico e legislativo, destacam-se as seguintes medidas:

- Acesso a cuidados de saúde: listas de espera cirúrgicas e “medico assistente”: acesso a cuidados de saúde é visto como uma prioridade. O programa de recuperação das listas de espera cirúrgicas foi redesenhado para responder a objectivos mais ambiciosos (acabar com as listas de espera a curto prazo). O programa agora redesenhado abarca um maior leque de cirurgias, promove uma maior utilização de serviços privados e sociais e melhora o pagamento extra aos serviços e pessoal do Serviço Nacional de Saúde envolvidos. É colocada uma nova ênfase na figura de “medico assistente” como resposta à cobertura, incompleta, da população por médicos de família. Ao contrário destes os “médicos assistentes” podem ser de outras especialidades ou não ter nenhuma.
- Empresarialização Hospitalar: foi adoptada nova legislação sobre gestão hospitalar em Setembro de 2002. Desde Janeiro de 2003, aproximadamente 30% dos hospitais públicos portugueses (correspondendo a cerca de 50% das camas no sector publico) tornaram-se Sociedades Anónimas e foi nomeado uma “Unidade de Missão dos Hospitais SA” para apoiar a gestão deste processo de mudança.
- Parcerias Publico Privado (PPP’s) para os novos hospitais: o Ministério da Saúde anunciou que cinco novos hospitais a serem construídos nos próximos anos serão em parceria com investimento privado, financiamento público, gestão privada (incluindo serviços clínicos) e propriedade pública.
- Reforma dos cuidados de saúde primários: foi aprovada uma nova legislação sobre a organização dos centros de saúde que inclui a possibilidade dos centros de saúde

serem geridos por cooperativas profissionais, sector privado lucrativo, e sector social, não lucrativo.

- Política do medicamento: o Ministério da Saúde tem estado muito activo na área da política do medicamento, colocando grande ênfase na prescrição de medicamentos genéricos associada aos preços de referência e à prescrição médica utilizando a denominação comum internacional (DCI), resultando na rápida expansão do mercado dos genéricos e proporcionando uma diminuição da despesa pública em medicamentos.
- Uma nova entidade reguladora: como forma de garantia à qualidade dos cuidados prestados neste enquadramento público-privado-social.
- Uma nova estratégia para a saúde: reflectida no “plano estratégico 2004-2010” tendo sido objecto de consulta interna e consulta externa, com o apoio da OMS por forma a partilhar a experiência de outros países europeus nesta área.

A par das medidas referidas, estão ainda em curso a reorganização das urgências, o desenvolvimento de infra-estruturas de cuidados continuados, uma “tabela de preços para a saúde” para o pagamento dos cuidados de saúde públicos, incentivos financeiros com o objectivo de melhorar a produtividade no sector público, informação pública sobre o desempenho de hospitais e centros de saúde, e incentivos fiscais ao desenvolvimento de seguros de saúde privados, tendo sido anunciado um centro de atendimento nacional, “contact centre”.

De entre os aspectos mais positivos da reforma da saúde dos últimos dois anos, enunciados pelo Observatório nacional dos Sistemas de Saúde, destacam-se:

- O Plano Nacional de Saúde enquanto instrumento de planeamento e coordenação das políticas da saúde;
- O crescimento na utilização dos genéricos
- A constituição da Equipa de Missão dos Hospitais SA e o respectivo esforço no enquadramento e avaliação dos resultados dos Hospitais traduzidos em relatórios de gestão que permitem uma nova base de conhecimentos sobre a gestão

hospitalar, bem como a organização de projectos horizontais abrangendo os diversos hospitais

- Lei Quadro para cuidados continuados, favorecendo as parcerias sociais
- Desenvolvimento de programas orientados para o cidadão
- Criação da ERS e respectiva ponderação na nomeação
- Introdução de factores e expectativas de inovação junto dos novos agentes a operar na saúde na área da gestão, inovação tecnológica e investimento.
- Acompanhamento central dos dados de produção dos Hospitais e Centros de Saúde
- Política de combate às listas de espera

III.5 REGULAÇÃO NA SAÚDE

No quadro da actual reforma estrutural, deve ter-se em linha de conta que o pilar essencial do Sistema de Saúde é o Serviço Nacional de Saúde que deverá ser reorganizado, consagrando porém os seus valores estruturais.

Estes valores, constitucionalmente protegidos, em particular a equidade no acesso e a universalidade na cobertura, não devem impedir um debate de ideias sobre o modo como se estabelecem as prioridades na saúde e sobre quais os cuidados de saúde que o sistema pode efectivamente oferecer aos cidadãos.

A protecção da saúde é hoje considerada como um direito civilizacional, o que implica que a salvaguarda deste direito é sobretudo uma responsabilidade da sociedade e das suas instituições democráticas, devendo a política de saúde conciliar os princípios da equidade e da solidariedade com a vontade social, democraticamente determinada, atribuindo um carácter operacional aos critérios de justiça, fundamentais para uma política de saúde atenta às necessidades básicas dos cidadãos. Mais do que um direito constitucional, a protecção da saúde deve ser considerada como um dos grandes pilares de uma sociedade democrática e plural.

Na saúde, no entanto, o mercado é sempre imperfeito, pelo que é determinante a adopção de critérios de transparência bem como a função reguladora do Estado. De facto, o mercado só providencia os cuidados de saúde aos cidadãos com capacidade

para pagar e não a todos os que dele necessitam. Daí que a intervenção do Estado seja fundamental para harmonizar e articular uma oferta e uma procura tão particulares, não estando em causa o cumprimento das mesmas regras da economia em geral, pois, aos olhos do cidadão, a saúde não é um bem susceptível de consumo ou de permuta.

Está em causa uma nova cultura na saúde fundada na convergência de dois factores: a qualidade na prestação de cuidados de saúde e a optimização da utilização dos recursos disponíveis. Assim, com base no vector chave para o aumento da produtividade surge o ideal de que melhorar a eficiência na utilização dos recursos originará um sistema de saúde mais justo e de melhor qualidade.

O reconhecimento do papel do contribuinte que através dos seus impostos contribui decisivamente para o financiamento do sistema deverá evidenciar que a percepção de que a saúde e a sua protecção são um bem económico altamente dispendioso e não “gratuito”, ainda que frequentemente o seja no momento da utilização dos serviços.

A promoção da eficiência do ponto de vista económico através da adequada gestão dos recursos financeiros e dos meios humanos e materiais constitui um requisito determinante para a estabilidade social, dada a actual falta de sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde, reconhecendo-se que o problema da saúde em Portugal não reside apenas no sub-financiamento, mas no modo como os recursos são geridos e utilizados e sendo desejáveis novas soluções no combate firme e determinado ao desperdício, passando, naturalmente, pela plena responsabilização dos gestores, a todos os níveis da cadeia hierárquica das organizações.

Esta reflexão preliminar remete-me para a questão inicial de que, numa sociedade justa e democrática, os cidadãos – contribuintes e potenciais utilizadores dos serviços de saúde – exigem que cada Euro-Saúde seja utilizado com a maior eficiência possível

A introdução de novos modelos de gestão nas unidades de saúde reflecte a resposta das instituições de saúde a uma sociedade cada vez mais exigente, mais crítica e em permanente evolução. De facto, observam-se profundas alterações na estrutura tradicional da administração pública com a finalidade de obter ganhos em saúde para as populações. Procura-se, cada vez mais, uma estrutura flexível, centrada no

princípio da racionalidade económica e na lei da oferta e da procura. Neste contexto de mercado imperfeito, o Estado deve assegurar as funções de financiamento, regulação, e acompanhamento dos cuidados de saúde. Mais ainda, quando está em curso a implementação de redes nacionais de cuidados primários, hospitalares e continuados.

Com a criação de um mercado administrativo na saúde, no qual participam distintos operadores – públicos, sociais e privados – e onde a procura de eficiência económica implica a adopção de novos modelos de gestão de hospitais e de centros de saúde – de que a empresarialização e as parcerias público/privado são exemplos elucidativos – a Entidade Reguladora da Saúde tem como objectivo nuclear a protecção dos direitos fundamentais dos cidadãos. Direitos, tais como a equidade no acesso ao sistema público, a obtenção de informação, a implementação de mecanismos eficazes de reclamação, ou mesmo a protecção da privacidade individual.

Recorde-se que, tradicionalmente, a salvaguarda dos direitos fundamentais dos cidadãos repousava sobre a ética profissional que sobreviveu ao longo de dois mil anos, tendo-se sucessivamente consagrado em diversos códigos de ética profissional e nos juramentos que os pretendem honrar. A deontologia profissional trata, assim, de garantir o bom exercício da profissão, alicerçando-se, por um lado, na pureza dos preceitos éticos e por outro na sua regulamentação. A auto-regulação profissional decorre da aceitação de um padrão de competência e de conduta determinado, e periodicamente revisto, pelas associações representativas da classe.

Mas, ainda que a auto-regulação profissional – de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, e outros profissionais de saúde – seja perspectivada como o sentido último da responsabilidade, constata-se que em todo o mundo ocidental se tem desenvolvido um controlo sustentado e dirigido do direito à protecção da saúde, por parte de autoridades reguladoras independentes.

A existência de mecanismos regulatórios centralizados, com legitimidade formal, e conceptualmente distantes da hierarquia burocrática convencional da administração pública, é o expediente transnacional necessário para potenciar a melhoria do desempenho, da qualidade e da segurança no domínio da saúde.

A regulação social e a regulação económica da saúde enquadram-se num novo modelo de administração pública no qual a obtenção de ganhos de eficiência, e o combate ao desperdício, implicam uma política de rigor na utilização de recursos, sempre com grande sentido de responsabilidade.

À Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é atribuída a tarefa de evitar disfunções no acesso à saúde, de que a selecção adversa e a procura induzida são bons exemplos. Com a criação de um organismo regulador independente, pretende-se a separação das funções de controlo, supervisão e acompanhamento dos operadores no sector da saúde, garantido todavia que estas funções não sejam influenciadas por nenhuma das partes envolvidas, apresentando-se as principais linhas de acção da ERS:

- Garantia do acesso através do combate à procura induzida, ou seja a oferta de serviços que não sendo necessários traduzindo-se em lucros adicionais para os prestadores, e pelo controlo em relação aos doentes cujo tratamento requer elevados recursos, sendo por isso postos de lado;
- Defesa da qualidade dos serviços, acompanhando o desempenho das unidades de saúde através de procedimentos de avaliação e apreciação às reclamações dos utentes;
- Prevenção, mediante a elaboração da Carta dos Direitos dos Utentes e deficientes, bem como o desenvolvimento de *guidelines* com estratégias preventivas e pedagógicas;
- Controlo e fiscalização do estabelecimento de parcerias, bem como a inspecção dos serviços de saúde;
- Apreciação das questões económicas do sector não público, como sejam as companhias de seguros, medicina privada, etc.

Em todo o caso torna-se fundamental uma colaboração activa de todos os intervenientes, desde os cidadãos, aos profissionais e respectivas associações, às distintas organizações públicas, privadas e sociais dedicadas à prestação de cuidados de saúde, dado que se trata, verdadeiramente, de uma parceria para um Novo SNS.

Qualidade, segurança, prática baseada na evidência, prevenção de riscos, *clinical governance*, são os termos da linguagem presentes na regulação da saúde, onde as estratégias para a melhoria do desempenho organizacional serão sempre acompanhadas com isenção e transparência. Em suma, no limite dos recursos existentes, procura-se a excelência clínica e a humanização da saúde.

III.6 ORGANIZAÇÕES DA ECONOMIA SOCIAL

As organizações privadas, de natureza cívica e solidária, que produzem “bens públicos”, isto é, actividades no âmbito da economia social dirigidas à satisfação de necessidades pessoais ou colectivas, têm crescido de forma significativa nos últimos anos.

Verifica-se, porém, que a natureza dos serviços prestados se inscreve, predominantemente, na tipologia dos serviços de proximidade (apoio domiciliário e serviços de apoio às famílias), sendo menos visíveis as iniciativas empresariais do terceiro sector (numa abordagem territorial de desenvolvimento), em domínios de actividade com um forte potencial de inovação, tais como, reabilitação do património cultural, defesa e valorização do ambiente, desenvolvimento rural, empreendedorismo local, transporte social, animação turística, reabilitação urbana, micro-crédito, entre outros.

Por outro lado, constata-se que a sustentabilidade das organizações da economia social não tem sido suficientemente equacionada e defendida, criando uma excessiva dependência de apoios públicos ou obrigando à aplicação de níveis salariais inferiores aos praticados no mercado, e dificultando deste modo a fixação e gradual qualificação dos recursos humanos. Entre os factores que condicionam a capacidade de afirmação e o desempenho das organizações da economia social, salientam-se:

- carência de pessoal dirigente qualificado, designadamente, nas áreas de gestão financeira, marketing e gestão da produção; ausência de uma estratégia comercial de colocação dos produtos/serviços;

- insuficiência dos dispositivos e instrumentos de qualificação dos empresários e dos trabalhadores da economia social – num sector que é empregador de um número importante de pessoal pouco qualificado - nomeadamente, inexistência de uma formação técnica específica, capaz de combinar as exigências da gestão económica com os princípios e valores da economia social;
- práticas de gestão, paradoxalmente, pouco inovadoras, no que diz respeito à conciliação do trabalho com a vida familiar, à formação ao longo da vida e ao desenvolvimento estratégico (relação com o meio/integração em dinâmicas e projectos de desenvolvimento local);
- ausência de serviços de apoio adequados às estruturas e necessidades específicas deste sector; por exemplo, na área da consultoria (financeira, jurídica, fiscal...), da gestão e organização do trabalho, da articulação com a administração, do estabelecimento de parcerias territoriais, da procura de novos mercados e de “nichos” próprios à economia social (ex: aplicação generalizada dos “cheques-serviço”), do marketing (geral e “social”), etc.;
- reduzido investimento na valorização dos serviços e produtos (numa óptica de qualidade) e numa permanente avaliação da respectiva adequação e relevância, e também na valorização dos próprios trabalhadores das organizações da economia social;
- ausência de uma cultura, e de medidas e programas públicos de cunho “voluntarista”, que encorajem uma dinâmica de cooperação e trabalho em rede, entre as organizações da economia social; entre estas e as do “mercado aberto”; e ainda com os organismos públicos;
- diminuta visibilidade pública da economia social e, conseqüentemente, fraca mobilização da sociedade civil e dos actores locais (decisores, empresas, etc.) e das próprias pessoas em risco de exclusão, para uma intervenção activa em processos de desenvolvimento sócio-local e em dinâmicas de uma economia solidária;

- ausência de um enquadramento legal global, definindo, por um lado, benefícios e/ou isenções de certos ónus e a tipologia das organizações da economia social que a eles podem aceder e, por outro, procedimentos e regras a aplicar invariavelmente em todos os relacionamentos entre as organizações da economia social, a administração pública e o governo;
- ausência de agências públicas de interface com o conjunto da economia social e de órgãos de composição mista, à escala local, regional e nacional, consubstanciando uma cultura e uma prática consolidada de parceria entre o sector público e o sector privado cívico e solidário.

III.7 O MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR: HOSPITAIS EMPRESA

O Governo pretendeu conferir ao Estado um papel de accionista na gestão de alguns Hospitais, dinamizar e multiplicar a dimensão dessa experiência, fomentando um clima de competitividade e um novo nível de exigência e de profissionalismo de gestão visando obter ganhos de eficiência na rede hospitalar.

Com a transformação da natureza jurídica dos Hospitais em Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos, pretende-se uma crescente autonomia de gestão, em moldes mais próximos da realidade empresarial, estabelecendo-se a separação entre prestador de cuidados de saúde da de financiador público do SNS.

O processo de empresarialização hospitalar insere-se numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde que pressupõe a adopção por parte das novas unidades, de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente.

Pretende-se, assim que estas unidades, dotadas de maior agilidade e autonomia, disponibilizem um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, e promovam o desenvolvimento e o mérito dos respectivos profissionais.

O actual contexto de enquadramento estrutural da reforma no Sector da Saúde através da criação dos Hospitais Empresa, proporciona a aproximação do sistema de gestão

hospitalar aos sistemas abertos, como forma de melhorar a eficiência e as competências organizativas e de gestão que caracterizam este tipo de organizações complexas.

Neste sentido, destacam-se os seguintes vectores do modelo de empresariação hospitalar implementado:

- A criação de um subsistema organizativo alternativo – rede dos Hospitais SA;
- A autonomia patrimonial dos Hospitais SA, permitindo a organização da função financeira de forma mais clara através da construção de um balanço, utilização do conceito de amortizações e da demonstração de resultados, possibilitando a medição da eficiência;
- Uma nova abordagem ao relacionamento com os Clientes/Utentes
- A selecção de uma equipa de gestores com formação em gestão e carreiras mais diversificadas, apresentando uma formação alargada e horizontal, com experiência de gestão em sistemas abertos;
- A formação inicial para os novos gestores, englobando as áreas da estratégia, logística, recursos humanos, finanças, estruturas organizativas e *outsourcing*;

Para a consolidação deste novo modelo de organização societária e de gestão dos hospitais, respectiva melhoria da qualidade, eficiência e da rentabilidade das unidades hospitalares será necessário garantir a melhoria e optimização dos sistemas de apoio à gestão, a interligação das várias unidades do sistema de saúde através de novos sistemas integrados e o controlo das receitas e dos prazos médios de recebimentos pela prestação dos vários serviços.

Em Dezembro de 2002 foram criadas 31 sociedades anónimas (SA) por transformação de 34 antigas unidades do sector público administrativo (SPA), apresentando uma distribuição pelas cinco Regiões de Saúde:

- Região Norte: 11 Hospitais: Hospital de Amarante, Barcelos, Bragança, Guimarães, Vale de Sousa, Santo António, e Vila Nova de Famalicão, os Centros Hospitalares do Alto Minho (Viana do Castelo e Ponte de Lima) e de Vila Real (Vila Real e Peso da Régua), a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Ex- Pedro Hispano) e o IPO do Porto;

- Região Centro: 7 Hospitais: Hospital de Aveiro, Figueira da Foz, Leiria, Santa Maria da Feira, Viseu, o Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã e Fundão), e o IPO de Coimbra;
- Região de Lisboa e Vale do Tejo: 11 Hospitais: Hospitais de Nossa Sra. Do Rosário do Barreiro, Egas Moniz, Garcia de Orta, Pulido Valente, Santa Cruz, Santa Marta, Santarém, São Francisco Xavier, Setúbal, o Centro Hospitalar do Médio Tejo (Abrantes, Tomar e Torres Novas), e o IPO de Lisboa;
- Região do Alentejo: o Hospital Distrital de Beja;
- Região do Algarve: o Hospital do Barlavento Algarvio.

Na globalidade, os 31 Hospitais SA asseguram quase metade da produção hospitalar pública em Portugal, empregando quase metade dos profissionais médicos e de enfermagem, e apresentando cerca de metade da capacidade instalada em camas na rede pública.

A capacidade instalada detida pelos Hospitais da Rede SA encontra-se distribuída por duas unidades de maior dimensão, dispoñdo de mais de 500 camas, 17 hospitais com 300 a 500 camas, e os restantes 12 apresentam 100 e 300 camas.

A maioria dos hospitais SA, são de vertente generalista, integrando ainda três unidades hospitalares especializadas em oncologia e os Hospitais de Santa Marta e de Santa Cruz constituindo unidades altamente especializadas.

Em termos de média anual cada um dos Hospitais da Rede SA apresenta uma produção média anual de 15.000 doentes de internamento, 7.500 cirurgias, 120.000 consultas externas, 90.000 episódios de urgência e 10.500 sessões de hospital de dia.

Relativamente à pressão nos custos totais médios destes Hospitais, destacam-se as seguintes actividades:

- O internamento/cirurgia representa 60%
- As consultas externas com um peso de 20%
- As urgências com cerca de 17%

A Rede dos Hospitais SA consubstanciada no principio do desenvolvimento de uma prestação de serviços de saúde pública, de forma economicamente sustentada através

de maior agilidade e autonomia e suportada por instrumentos de gestão “empresarial”, que proporcionem a garantia de maior e melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, e promovam o desenvolvimento e o mérito dos respectivos profissionais, apresentando três objectivos principais:

- Maior e melhor acesso dos cidadãos. Sendo o objectivo primordial, a melhoria da Saúde dos Portugueses, revela-se essencial aumentar o acesso aos cuidados de saúde e a melhorar a qualidade dos mesmos através melhores garantias de tratamento célere e de qualidade aos cidadãos.
- Desenvolvimento e mérito profissional. O objectivo de “excelência” na prestação de cuidados aos cidadãos será focalizado no desenvolvimento e retenção dos profissionais mais qualificados, acompanhados pela introdução de mecanismos de gestão de Recursos Humanos que premeiem o mérito individual e das equipas e que promovam o desenvolvimento contínuo das suas capacidades.
- Sustentabilidade económica. As condições mínimas de sustentabilidade serão promovidas através da maximização da eficiência económica e operacional dos diversos hospitais, potenciando-se uma utilização racional dos recursos e a promoção de fontes de receita/ financiamento adicionais.

Através da introdução de um processo de acompanhamento e monitorização mensal de toda a actividade dos hospitais, bem como a respectiva execução orçamental, foi possível desde o início de 2003 identificar as tendências positivas de evolução nos indicadores de actividade hospitalar e nos indicadores económico-financeiros, permitindo desenvolver estratégias de melhoria, nomeadamente o acréscimo nas cirurgias realizadas, o acréscimo nas consultas externas, o acréscimo nas sessões de hospital de dia, e a estabilização dos episódios de urgência, sendo ainda acompanhado por um significativo esforço de contenção na estrutura de custos.

O referido acompanhamento permitiu igualmente efectuar comparações relativas entre os hospitais, através da divulgação de *Tableau de Bord* integrando diversos indicadores de gestão e realçando o posicionamento de cada Instituição relativamente aos melhores e relativamente à média, em cada indicador.

O *Tableau de Bord* apresenta um conjunto de indicadores de actividade hospitalar, indicadores de eficiência operacional, indicadores de índole económico-financeira e

indicadores de qualidade e serviço, sendo a comparação efectuada numa perspectiva dos recursos dispendidos na actividade, tendo em conta o grau de complexidade clínica, bem como factores estruturais inerentes a cada hospital.

A monitorização mensal da actividade dos hospitais, traduziu-se numa importante ferramenta de gestão, permitindo:

- A comparação relativa à actividade de anos anteriores e da actividade estimada para o ano em curso, possibilitando ajustamentos da oferta de cuidados de saúde na área de referência de cada hospital.
- A monitorização do grau de cumprimento dos objectivos de produção hospitalar, estabelecidos mediante contrato programa e negociados entre cada um dos Hospitais e o SNS. Em média, o SNS representa 85% da actividade destes hospitais, sendo possível a respectiva projecção do nível de proveitos estimado do ano, relativamente ao SNS. Saliente-se que os valores propostos pelo SNS, no respeitante a produção hospitalar, baseiam-se no histórico de actividade do hospital.

Em termos de resultados comparativos entre a actividade total dos Hospitais da Rede SA (SNS e não SNS) e o período homólogo, verificam-se as seguintes variações:

- As cirurgias tiveram um crescimento de 16,3%
- As sessões de hospital de dia cresceram 17,8%
- As consultas externas aumentaram 9,3%
- As altas de internamento cresceram 4,2%
- Os dias de internamento diminuiram 0,7%
- Os episódios de urgência tiveram um crescimento de apenas 1%

Apesar da inexistência de uma cultura organizacional de informação de gestão atempada e fiável, foi possível, em colaboração com as áreas de apoio à gestão de cada Hospital, implementar mecanismos de acompanhamento relativos à evolução económica-financeira, permitindo a análise dos desvios económicos relativamente ao período homólogo, orçamento e objectivos definidos - metas de recursos, enquanto

suporte à identificação das áreas e/ou iniciativas destinadas a corrigir as tendências verificadas.

Em tempo útil foi possível perspectivar o fecho de contas de cada um dos hospitais, e na Rede SA na sua globalidade.

A Unidade de Missão dos Hospitais SA, como representante do accionista, envolveu as diversas entidades pertencentes aos Ministérios da Saúde e das Finanças, no sentido de dar conhecimento permanente sobre a evolução económica-financeira, bem como sobre as melhores estimativas de desempenho destas sociedades.

No enquadramento da Melhoria da Qualidade, a rede dos Hospitais SA adoptou a estratégia da Acreditação Hospitalar através da *Joint Commission International (JCI)*, um processo, destinado a verificar e garantir a conformidade estrutural e processual de um hospital com um modelo normativo de qualidade, através de uma entidade acreditadora independente.

Nesse sentido, foi iniciado um percurso em Maio de 2004 um projecto piloto envolvendo sete hospitais na aplicação o modelo da JCI:

- Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães
- Hospital Padre Américo - Penafiel
- Hospital de S. Sebastião - Santa Maria da Feira
- Hospital de Santo André - Leiria
- Centro Hospitalar da Cova da Beira - Covilhã
- Centro Hospitalar do Médio Tejo - Torres Novas
- Hospital José Joaquim Fernandes – Beja.

Embora alguns destes hospitais tivessem já iniciado os seus programas da Qualidade na adopção de Sistemas *King's Fund* e Certificação ISO, a opção pelo modelo da JCI, representa para uns o início para a Melhoria da Qualidade e para os restantes a Melhoria Contínua, baseando-se nos seguintes pressupostos:

- Focalização do hospital no doente, seu principal cliente.

- Exigência e uso sistemático de indicadores de qualidade, associados a uma política e prática de técnicas de melhoria contínua da qualidade.
- Inspiração em métodos avançados de gestão da qualidade, sujeitos a uma actualização contínua.
- A mais larga experiência acumulada em acreditação de hospitais e outras organizações de saúde.

A acreditação é um processo de adaptação sistemática a um modelo organizacional, assente num manual de normas de qualidade, tendo nesta primeira fase de desenvolvimento, sido cumpridos os objectivos relativos à realização da avaliação inicial dos hospitais na medida em que foi estruturada a coordenação da acreditação, os grupos de trabalho especializados e o gabinete da qualidade assegurando a divulgação interna do processo e do manual de acreditação, bem como a preparação da agenda e o suporte à avaliação inicial.

IV. MODELOS DA QUALIDADE

IV.1. ENQUADRAMENTO DOS MODELOS DA QUALIDADE

1. CONCEITO E EVOLUÇÃO DA QUALIDADE

Não existe uma definição única e universalmente aceite da palavra qualidade. De facto, para além das diversas aplicações correntes da palavra, utilizada assiduamente no nosso quotidiano com diversos sentidos, mesmo entre os principais autores nesta matéria as definições são variadas.

Esta questão é abordada por Ivancevich *et al.* (1996), que dividem as definições de qualidade em cinco categorias: as baseadas no processo produtivo, no cliente, no produto, no valor e as definições designadas de "transcendentes"⁶.

De entre as referidas categorias, as duas primeiras são as mais utilizadas e aceites pela maior parte dos autores e entidades neste domínio.

A primeira, baseada no processo produtivo, numa perspectiva "taylorista", considera a qualidade como a conformidade de um produto ou serviço relativamente a requisitos ou especificações previamente estabelecidos, como defende Philip B. Crosby.

De acordo com a segunda categoria, baseada no cliente, a qualidade significa aptidão para o uso, ou seja, as características dos produtos ou serviços vão ao encontro das expectativas e necessidades dos clientes, como refere J. M. Juran⁷.

A Norma NP EN ISO 9000:2000⁸ define qualidade como o «grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas», sendo que requisito é

⁶ A qualidade para Robert Pirsig, citado por Ivancevich *et al.* (1996), constitui um bom exemplo de definições "transcendentes": «Quality is neither mind nor matter, but a third entity independent of the other two... Even though Quality cannot be defined, you know what it is.»

⁷ Em ambas as categorias, Crosby e Juran são apenas dois dos principais autores a defendê-las, existindo diversos outros a partilharem das suas opiniões.

⁸ Instituto Português da Qualidade (2001a).

definido como uma «necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória».

Esta diversidade de definições está também relacionada com o facto da qualidade não ser um conceito recente, tendo evoluído historicamente de acordo com a evolução dos sistemas de gestão.

Os principais marcos históricos que contribuíram para a evolução do conceito de qualidade são analisados por Ganhão (1991), considerando as seguintes fases:

- Período anterior à Revolução Industrial, em que, nas primeiras oficinas, era o artesão a executar todas as actividades, desde a concepção à venda, incluindo todas as actividades de controle de qualidade com vista a detectar e corrigir erros. Estas actividades consistiam em verificar os trabalhos em curso e o produto final, assegurando simultaneamente que os aprendizes assimilavam e desenvolviam o seu trabalho correctamente. Nesta fase, o conceito dominante era o da aptidão para o uso, dependendo as receitas das oficinas da venda de produtos aptos para utilização.
- A Revolução Industrial trouxe o primeiro grande desenvolvimento, uma vez que, com o surgimento de unidades produtivas de grandes dimensões, os inspectores encarregues das tarefas de controle de qualidade viram as suas responsabilidades restringidas aos aspectos ligados à produção, em que o conceito dominante era já, cada vez mais, o da conformidade com os requisitos.
- O surgimento dos métodos de gestão e produção de Taylor vieram acentuar esta tendência. A alta produtividade através da produção em série implicou um decréscimo na qualidade dos produtos, traduzindo-se em alterações substanciais em termos de controle de qualidade. Agora de modo mais acentuado, este controle tinha como base a conformidade com requisitos pré-estabelecidos.
- A I Guerra Mundial deu origem a uma maior preocupação com o decréscimo na qualidade dos produtos, devido ao surgimento de numerosos defeitos em material militar. A resposta a esta questão foi uma maior relevância dada pelas empresas à prevenção de defeitos.

- Durante a II Guerra Mundial, diversas empresas sentiram dificuldades em produzir material militar com qualidade e nos prazos estabelecidos e, após o seu termo, os problemas centraram-se na conversão da produção eminentemente militar para uma produção civil. Todas estas questões tiveram como consequência o incremento das actividades de planeamento e análise dos resultados, aumentando os níveis de exigência dos sectores de inspecção. Foi nesta fase que se assistiu à emergência de uma nova ferramenta, o controle estatístico da qualidade.
- Nas décadas de 60 e 70, com a evolução verificada em termos económicos e industriais, nomeadamente ao nível da concorrência, surge o conceito de garantia da qualidade. O planeamento passou a ter uma maior relevância, bem como a evidência de que está a ser efectivamente cumprido, dando mais confiança a todas as partes interessadas.
- A partir dos anos 80 a qualidade alcança em definitivo um papel relevante ao nível da competitividade. Os clientes têm agora mais possibilidades de escolha e os produtos de qualidade inferior têm pouca capacidade para competir. Assistimos então à passagem de uma estratégia quantitativa para uma estratégia qualitativa, assente em grande parte na optimização dos custos e na diferenciação dos produtos e serviços pela qualidade. Surge o conceito de qualidade total, em que as metodologias de qualidade deixam de ser restritas apenas à componente produtiva para serem expandidas a todos os sectores e funções das empresas, implicando também a participação de todos os colaboradores.

A evolução verificada nas últimas décadas teve como principais impulsionadoras as empresas japonesas. Efectivamente, foi o Japão o primeiro país a aperceber-se da importância da implementação da qualidade nas suas empresas, iniciando antes dos Estados Unidos da América (EUA) ou da Europa Ocidental o processo de alargamento das metodologias da qualidade a todos os sectores das empresas e a implementação de ferramentas e técnicas de controle e garantia da qualidade.

Os próprios princípios da qualidade total, desenvolvidos por autores ocidentais (principalmente norte-americanos), apenas no Japão foram intensamente aplicados até à década de 80.

Com esta consciencialização das empresas japonesas para a qualidade⁹, os seus produtos ultrapassaram a imagem que lhes estava associada, de cópias de má qualidade dos produtos ocidentais, revelando-se, inclusivamente, de qualidade superior à evidenciada por estes últimos a partir de meados da década de 70.

Os ganhos para as empresas japonesas em termos de competitividade no mercado mundial foram visíveis, incentivando as empresas americanas a caminharem no mesmo sentido.

As empresas da Europa ocidental iniciaram este processo com algum atraso relativamente aos dois países anteriormente referidos. No entanto, diversas medidas foram tomadas para permitir uma evolução mais acelerada do processo de consciencialização, verificando-se actualmente vários países europeus a apostarem já decisivamente na qualidade total.

Podemos resumir a evolução da qualidade descrita referindo que foi sempre notória a presença da preocupação em “fazer bem”.

Contudo, a intensificação da concorrência tornou insuficiente esta preocupação, sendo necessário “fazer bem à primeira”, conseguindo assim um produto ou serviço de qualidade e com um custo inferior.

Nesta fase, a qualidade assumia já um papel relevante, mas apenas ao nível produtivo, sendo definida pela conformidade dos produtos e serviços em relação aos requisitos previamente estabelecidos.

Finalmente, verificou-se a evolução para uma gestão da qualidade não apenas ao nível produtivo, mas sim a todos os níveis das organizações, sempre com o objectivo principal de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes. A qualidade assume-se como uma filosofia de gestão, assente num processo de melhoria contínua dos padrões já alcançados.

A definição proposta por Cruz e Carvalho (1998) constitui um bom exemplo de como deve ser entendida a qualidade: «Qualidade é a conformidade em relação a especificações e parâmetros definidos, conhecidos por todos na empresa e estabelecidos pelos clientes, em permanente revisão para que se encontrem em cada momento dinamicamente ajustados às suas [dos clientes] reais necessidades».

2. SISTEMA PORTUGUÊS DA QUALIDADE

A regulamentação sobre qualidade em Portugal teve como base um estudo efectuado pela então Direcção-Geral da Qualidade em finais da década de 70 e início da década de 80. Este estudo consistiu na análise dos sistemas da qualidade de países mais desenvolvidos a este nível.

As conclusões retiradas do referido estudo conduziram à criação do Sistema Nacional de Gestão da Qualidade (SNGQ) em 1983¹⁰, com o objectivo de integrar os aspectos positivos das experiências já existentes nos países analisados.

A temática da qualidade foi ganhando uma maior relevância em Portugal, facto que se tornou mais evidente a partir da adesão do país à então Comunidade Económica Europeia.

Esta evolução levou à criação, em 1986, do Instituto Português da Qualidade (IPQ), que acumulava as funções de organismo de normalização, acreditação e certificação, para além da metrologia, gerindo e desenvolvendo os respectivos sistemas nacionais ao nível conceptual e organizativo.

A principal missão do IPQ era a promoção da qualidade como factor de competitividade junto das empresas¹¹, que se tornou uma prioridade com a já referida integração europeia e a consequente abertura das fronteiras, que constituiu uma nova realidade e um novo desafio para as empresas portuguesas.

⁹ Que provocou, entre outros aspectos, um processo de formação intensiva de todos os colaboradores, a elaboração de planos anuais de melhoria da qualidade e a responsabilização da gestão de topo, que chamou a si o controlo de todo o processo.

¹⁰ O SNGQ foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 165/83 de 27 de Abril.

¹¹ Para além de assegurar a participação nacional junto dos organismos internacionais de normalização, acreditação e metrologia.

O SNGQ foi actualizado em 1993¹², passando a denominar-se Sistema Português da Qualidade (SPQ).

O SPQ «constitui o enquadramento legal e institucional para os assuntos da Qualidade em Portugal»¹³, visando estabelecer, coordenar e hierarquizar uma política para a qualidade dos produtos, empresas e serviços, através de um conjunto de estruturas, regras de procedimento e métodos. Está dividido em três subsistemas nacionais: Metrologia, Normalização e Qualificação.

Integram o SPQ o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ), o IPQ e diversas entidades qualificadas no âmbito dos três subsistemas, para além de outras entidades que participam nas comissões existentes.

O CNQ é um órgão de consulta do Governo em matéria de política da qualidade e de desenvolvimento do SPQ, sendo presidido pelo Ministro da Economia. É o CNQ que estabelece os princípios e metodologias do SPQ.

Em 1996, o IPQ transferiu a actividade de certificação de sistemas da qualidade, surgindo, para o efeito, a Associação Portuguesa de Certificação (APCER). Esta transferência foi realizada com o objectivo de descentralizar o poder que detinha no âmbito da certificação, separando-a da acreditação, seguindo a tendência da maior parte dos restantes países.

A APCER faz parte da rede IQNET¹⁴, que integra organismos congéneres de vários países, com o objectivo de reconhecimento mútuo dos certificados emitidos pelos seus membros, aspecto relevante para as empresas que pretendam estabelecer relações económicas com outros países membros.

Desde então, foram já acreditadas mais seis entidades para actuarem no domínio da certificação de sistemas de gestão da qualidade, duas na certificação de sistemas de gestão ambiental e duas na certificação de produtos.

¹² Pelo Decreto-Lei n.º 234/93 de 2 de Julho.

¹³ Instituto Português da Qualidade (1999b).

¹⁴ International Quality Network.

Mais recentemente, em 1999, o IPQ deu sequência à tendência anterior, criando a CERTIF (Associação para a Certificação de Produtos) que, como o nome indica, actua na certificação de produtos e serviços, sendo constituída como uma associação de direito privado sem fins lucrativos.

Uma referência final para a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ), que constitui uma associação sem fins lucrativos, fundada em 1969 e considerada instituição de utilidade pública em 1984.

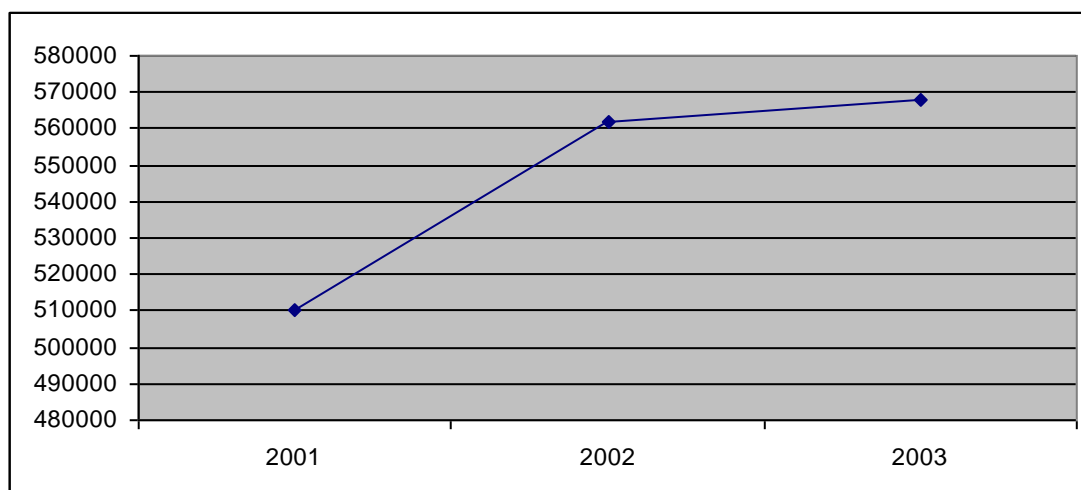
A APQ desenvolve iniciativas ao nível da divulgação, sensibilização, formação e apoio técnico no âmbito da qualidade, tendo como objectivo apoiar as empresas nacionais na adopção de uma postura orientada para a qualidade e desempenhando um papel de relevo no desenvolvimento desta temática em Portugal.

Considerando os resultados da 13^o ISO *Survey*, relativo a 2003, apresentam-se os indicadores gerais de evolução na Certificação ISO das diversas Entidades ao nível, representando uma análise junto dos 750 Organismos de Certificação no contexto Internacional.

Relativamente à certificação dos Sistemas de Gestão da Qualidade (ISO 9001:2000) no ano em que terminou o período de transição associado à ISO 9001:2000, cerca de 10% dos certificados emitidos, a nível mundial, são ainda suportados pelos anteriores referenciais ISO 9001:1994, ainda que não acreditados.

O número total de certificados ISO 9000, a nível mundial, é cerca de 568.000, constatando-se apenas uma ligeira evolução do número de certificados face ao ano de 2001 que era de 510.000 e ano de 2002 em 562.000 certificados, facto justificado pelo aumento do número de certificados multi-site emitidos (reunindo num único certificado vários certificados individuais resultantes da integração dos sistemas) e aumento das certificações de sistemas de gestão da qualidade suportados em referenciais sectoriais (ISO TS 16949, TL 9000), ainda que incluindo o cumprimento dos requisitos da ISO 9001:2000.

Figura: Evolução das Empresas Certificadas ISO 9000 ao Nível Mundial



Fonte: International Organization for Standardization (2003).

Com quase 100.000 certificados (20% do total mundial), a China localiza-se, pela primeira vez, no topo da lista de países com maior número de certificações, seguida pela Itália, Reino Unido, Japão e Espanha (com mais de 30.000 entidades certificadas).

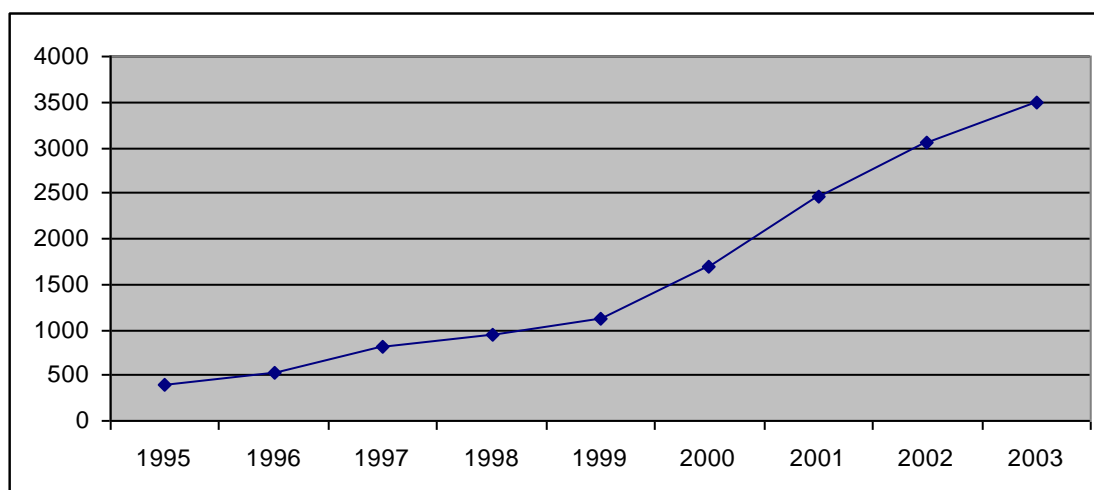
Em Portugal, a qualidade continua a consolidar o seu papel. As empresas portuguesas vão reconhecendo a importância estratégica da certificação, não só em termos de presente mas, fundamentalmente, para salvaguardar o seu futuro.

Apesar do processo ter sido iniciado com algum atraso relativamente à maior parte dos restantes países da União Europeia, o número de empresas com sistemas de gestão da qualidade certificados em Portugal tem crescido de modo consistente, acompanhando a evolução verificada em praticamente todos os países¹⁵.

Em Portugal, o número de certificados emitidos ultrapassa os 4.000 (face aos 3.000 em 2002), sendo aproximadamente 3.500 suportados na ISO 9001:2000. Constatase, desta forma, o crescimento do número de certificados emitidos.

¹⁵ De acordo com a ISO (International Organization for Standardization, 2001), existiam no final de 2000 408.631 empresas certificadas ISO 9000 a nível mundial, originárias de 158 países. Trata-se de

Figura: Empresas Certificadas ISO 9000 em Portugal



Fonte: International Organization for Standardization (2003).

Em termos de número de certificados, entre 52 países europeus, Portugal ocupa a 11ª posição. A nível mundial, entre 152 países, Portugal ocupa a 20ª posição.

A caracterização da estrutura da economia portuguesa, nomeadamente a prevalência de factores de competitividade-preço e a especialização em sectores com pouca diferenciação de produtos e pouco dinâmicos, onde os factores de competitividade estrutural são menos relevantes, pode ajudar a explicar este posicionamento das empresas nacionais.

Deveremos, igualmente, ter em consideração a composição da estrutura empresarial portuguesa, fortemente dominada por PME e onde ainda subsistem algumas limitações de gestão em certos sectores de actividade.

Uma análise realizada por Pinto (1992) à situação de Portugal face à necessidade de dinamizar a qualidade, enumera os principais obstáculos à sua implementação. Apesar do “pessimismo” da abordagem¹⁶, a sua relevância mantém-se, servindo até para uma melhor percepção da evolução verificada em relação ao ano de 1992:

uma evolução assinalável, se tivermos em consideração os 127.349 certificados, de 96 países, no final de 1995.

¹⁶ O autor refere, inclusivamente, que, se a sua análise for considerada no âmbito do sistema SWOT (Strength, Weakness, Opportunities e Threats, ou seja, Força, Fraqueza, Oportunidades e Ameaças), apenas foram tidas em consideração as fases W e T, isto é, as Fraquezas e as Ameaças.

- Obstáculos ao nível do País: a diversidade portuguesa; o não reconhecimento e aceitação dessa diversidade; o fosso entre o que se diz e o que se faz; a grande ignorância e desfocagem dos problemas; o denominador comum das culturas portuguesas, que é serem marginais e velhas.
- Obstáculos ao nível das organizações: falta total ou deficiente espírito empresarial; jogos predominantemente à defesa; excesso de estrutura ou de relação autoritária e paternalista; esquecimento sistemático, diário, de que as organizações são constituídas por pessoas; falta de trabalho de equipa.
- Obstáculos ao nível das pessoas: Falta de identidade e de projectos de vida; individualismo e competição excessivos; falta de humildade e de respeito pelos outros; falta de hábitos de negociação; comportamentos reveladores de falta de assertividade.

Apesar deste panorama geral, vários esforços foram desenvolvidos, e continuam a ser, no sentido de permitir uma evolução positiva das empresas portuguesas em relação ao factor qualidade.

Desde logo, uma política activa de divulgação, formação e apoio por parte de várias entidades, como o IPQ e a APQ, consubstanciada na criação dos já analisados prémios de excelência, na criação do “Mês da Qualidade”, na realização de diversos seminários e acções de formação e na disponibilização de serviços de informação e apoio às empresas, entre outras iniciativas.

O reconhecimento da importância desta evolução para a dinamização da competitividade nacional traduz-se igualmente na disponibilização de fundos comunitários através de vários programas que têm como objectivo apoiar as empresas que pretendem implementar e certificar sistemas de gestão da qualidade, gestão ambiental e gestão da segurança e saúde do trabalho.

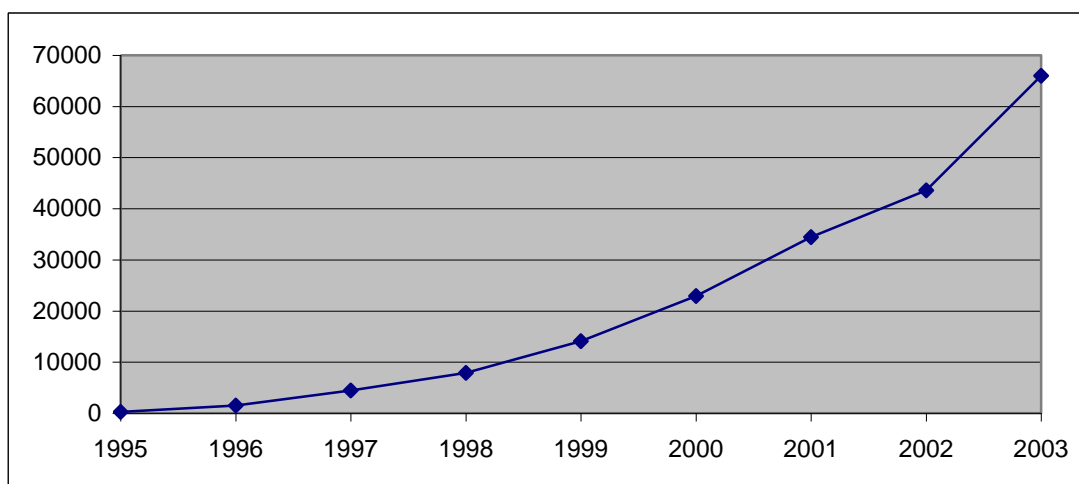
Faltarão, sobretudo, uma maior consciencialização dos empresários portugueses para a necessidade de acompanharem a tendência mundial e apostarem em factores de competitividade estrutural, bem como para a importância de um sistema de gestão da qualidade a este nível.

A implementação e certificação do Sistema de Gestão Ambiental constitui um fenómeno mais recente que os sistemas de gestão da qualidade, verificando-se uma evolução no mesmo sentido do ocorrido anteriormente em relação a estes últimos.

No âmbito do Sistema de Gestão Ambiental (ISO 14001) o ano anterior à revisão (prevista para o final de 2004) dos referenciais normativos de suporte à implementação e certificação de sistemas de gestão ambiental, verifica-se um aumento de 34% face ao ano de 2002, num total de cerca de 66.000 certificados emitidos a nível mundial, confirmando-se, desta forma, a tendência de aumento da taxa de crescimento da certificação ISO 14001.

Ao nível da distribuição geográfica, o Japão encabeça a lista de países com maior número de certificações ambientais, com cerca de 13.000 certificados emitidos (~20% do total mundial), seguido do Reino Unido, da China e da Espanha (~4.900 entidades certificadas).

Figura: Evolução das Empresas Certificadas ISO 14000 a Nível Mundial



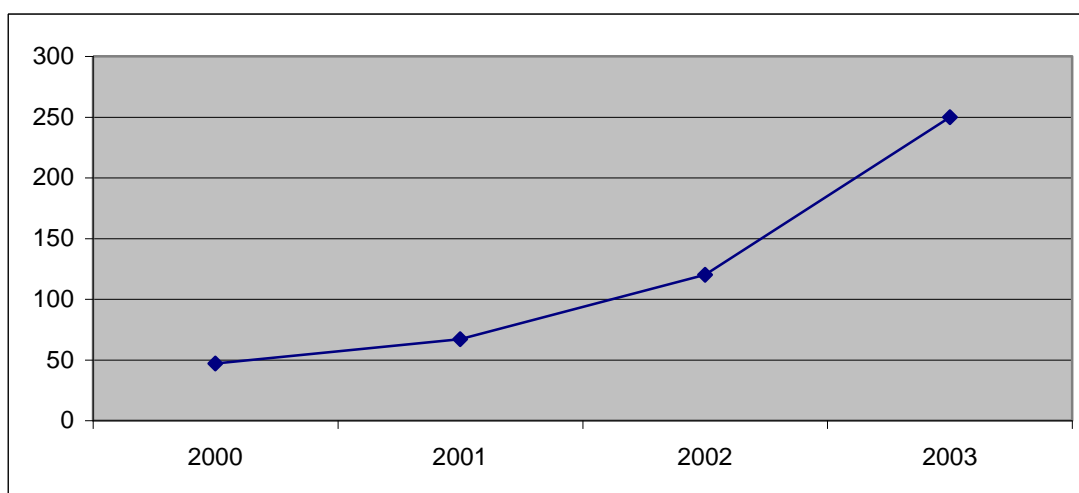
Fonte: International Organization for Standardization (2003).

Quanto a Portugal, a versão portuguesa da Norma internacional ISO 14001 apenas ter foi editada em 1999, tendo a primeira certificação de um sistema de gestão ambiental em Portugal ocorrido em 1996¹⁷, subindo este número para 7 em 1997, 15 em 1998, 28 em 1999 e 47 no final do ano 2000.

¹⁷ A única em Portugal nesse ano.

Em 2003, verifica-se a forte aposta das empresas na demonstração do desempenho ambiental, aumentando o número de certificados em 250 representando quase uma duplicação face ao ano de 2002, ocupando, no entanto, em termos de número de certificados e entre 45 países europeus, a 17ª posição. A nível mundial, Portugal é o 34º colocado entre 113 países.

Figura 18 – Empresas Certificadas ISO 14001 em Portugal



Fonte: International Organization for Standardization (2003).

Revelando-se os sistemas de gestão ambiental como uma ferramenta cada vez mais adoptada pelas empresas, constituindo-se igualmente como factor de diferenciação vertical, também a este nível se torna imprescindível o acompanhamento da tendência mundial por parte das empresas portuguesas.

Mais uma vez, apesar de diversas iniciativas levadas a efeito com esse objectivo, será necessária uma maior consciencialização por parte dos empresários portugueses, compreendendo que estamos perante um novo desafio colocado às empresas, que deverá ser aceite sob pena de enfraquecer a sua capacidade competitiva.

3. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE – NORMAS DA SÉRIE ISO 9000

O surgimento de normas de garantia da qualidade remonta a 1959, cabendo a iniciativa às organizações militares norte-americanas, com o objectivo de avaliar a qualidade dos seus fornecedores e respectivos produtos.

Os EUA pretendiam também que estas normas, de índole fundamentalmente militar, fossem posteriormente adoptadas por outros países da NATO, o que veio a suceder, nomeadamente devido a problemas surgidos durante a II Guerra Mundial¹⁸.

Como foi já visível na evolução histórica descrita na subsecção anterior, mais uma vez a qualidade surge aqui directamente relacionada com requisitos militares. Estes requisitos, como a precisão, performance, planeamento, eficácia, organização, ausência de erros e fiabilidade, entre outros, constituem o “espírito” que conduziu à elaboração das primeiras normas de garantia da qualidade e um exemplo dos pontos em que se poderão verificar melhorias com a sua implementação.

Rapidamente diversos sectores industriais se aperceberam das vantagens deste tipo de normas, verificando-se diversas tentativas de adaptação das normas de índole militar às suas próprias realidades. Surgiram deste modo as normas das quais descendem as que são actualmente utilizadas.

No entanto, esta passagem das normas de qualidade para os campos económico e comercial não foi efectuada de modo concertado entre países. Efectivamente, as indústrias de cada país desenvolveram as suas próprias normas.

Mesmo após diversas alterações nas metodologias de garantia da qualidade, fundamentalmente devido ao contributo durante as décadas de 70 e 80 de autores como Juran, Deming, Crosby e Feigenbaum e ao forte desenvolvimento verificado no Japão, as diferenças persistiam entre os vários países.

Com o processo de globalização dos mercados, as empresas depararam-se com a necessidade de cumprirem diversas normas, com requisitos diferentes, sempre que pretendiam alargar a sua actividade a outros mercados.

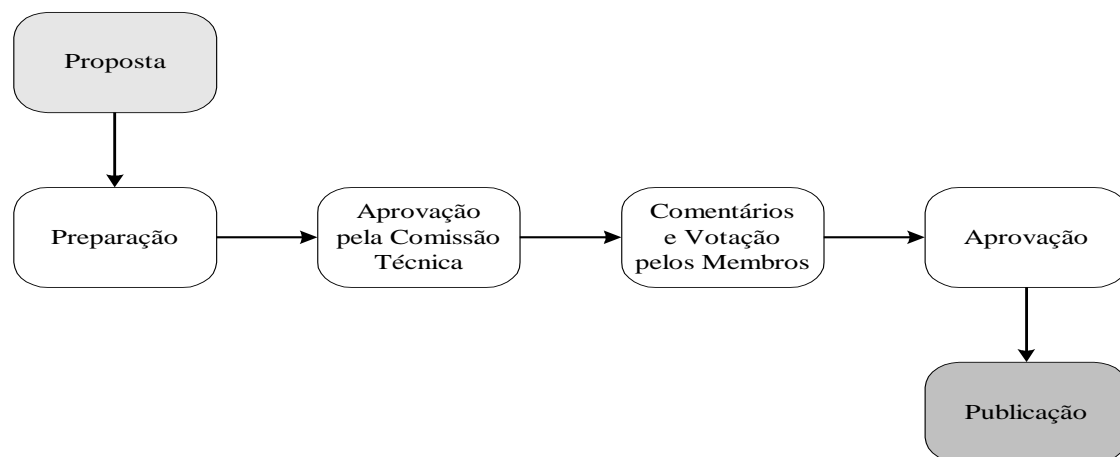
Com o objectivo de eliminar este entrave à globalização, e considerando ainda que, por vezes, os requisitos das várias normas eram até contraditórios, surgiram, em

¹⁸ Fundamentalmente o facto de diversos fornecimentos durante a Guerra (como balas, por exemplo) não poderem ser utilizados pelos militares dos diferentes países aliados devido a diferenças na sua concepção.

Março de 1987, as primeiras normas da série ISO 9000, concebidas pela ISO, abreviatura de International Organization for Standardization¹⁹.

A ISO foi responsável pela elaboração, até à data, de mais de 12.000 normas internacionais.

Figura: Fases do Desenvolvimento de Normas pela ISO



O desenvolvimento de uma nova norma surge, geralmente, por proposta de um dos organismos nacionais membros da ISO. Uma vez reconhecida a necessidade dessa norma, é então definido o seu âmbito, através de grupos de trabalho compostos por peritos dos países interessados.

Na fase seguinte, os elementos desses países negociam as especificações detalhadas da norma, de modo a poder constituir-se um consenso.

Finalmente, o *draft* da norma resultante da fase anterior é aprovado²⁰, procedendo-se à sua publicação.

Quanto às normas da série ISO 9000, a sua segunda edição surgiu em 1994, como forma de dar resposta às necessidades sentidas pelas empresas e como consequência

¹⁹ Esta Organização, através da sua Comissão Técnica ISO TC 176, analisou diversas normas concebidas a nível nacional com vista à elaboração de uma norma aceite internacionalmente, num trabalho iniciado em 1979. A ISO funciona como uma federação a nível mundial de organismos de normalização nacionais, sendo já cerca de 140 os seus membros. Os países representados constituem mais de 95% da produção industrial mundial.

²⁰ O critério de aceitação estipula a aprovação por dois terços dos membros da ISO que participaram activamente no processo de desenvolvimento da norma e por 75% de todos os membros.

de uma maior experiência acumulada ao longo dos sete anos de aplicação da primeira edição.

Mais recentemente, a exigência da ISO em requerer a revisão das normas num período máximo de cinco anos, o aumento exponencial do número de organizações certificadas e a necessidade de alargar o âmbito das normas ISO 9000 a outros processos e actividades que influenciam a qualidade, motivaram uma nova revisão desta série, surgindo, no ano 2000, a terceira edição, designada ISO 9000:2000, composta pelas seguintes normas:

Quadro: Normas da Série ISO 9000:2000

Norma	Objectivo
ISO 9000:2000	Descreve os fundamentos de sistemas de gestão da qualidade e especifica a terminologia que lhes é aplicável.
ISO 9001:2000	Especifica os requisitos de um sistema de gestão da qualidade a utilizar sempre que uma organização tem necessidade de demonstrar a sua capacidade para fornecer produtos que satisfaçam tanto os requisitos dos seus clientes como dos regulamentos aplicáveis e tenha em vista o aumento da satisfação de clientes. É a única norma da série ISO 9000 através da qual se pode proceder à certificação do sistema de gestão da qualidade.
ISO 9004:2000	Fornece linhas de orientação que consideram tanto a eficiência como a eficácia de um sistema de gestão da qualidade. O objectivo desta norma é a melhoria do desempenho da organização e a satisfação dos seus clientes e das outras partes interessadas.
ISO 19011:2000	Dá orientações para a execução de auditorias a sistemas de gestão da qualidade e a sistemas de gestão ambiental.

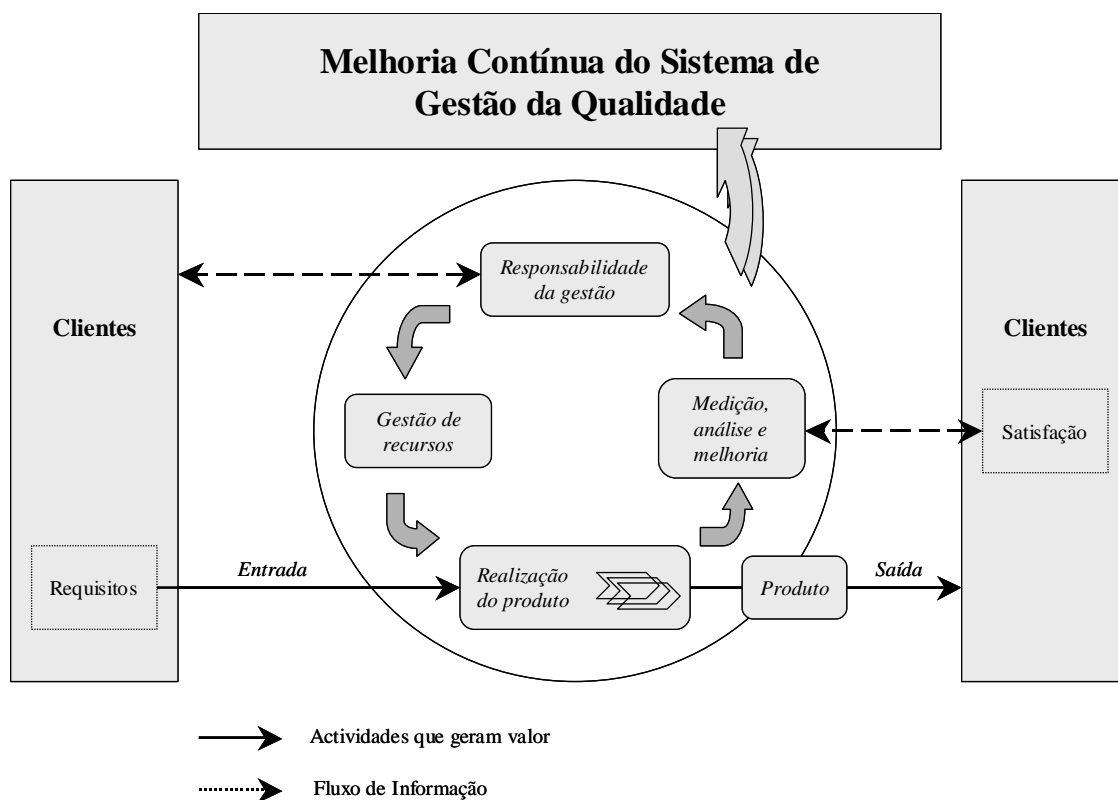
Adaptado de: Instituto Português da Qualidade (2001a).

Para além das normas referidas, existem ainda outras associadas à série ISO 9000:2000, que têm como objectivo apoiar determinados aspectos específicos relacionados com os sistemas de gestão da qualidade, como a elaboração de manuais da qualidade, formação e controlo dos processos, entre outros.

As alterações em relação à segunda edição são significativas e reflectem, mais uma vez, a experiência adquirida durante os anos em que vigorou a edição anterior e as novas necessidades das organizações²¹.

Pretende-se assim ir mais longe com os sistemas de gestão da qualidade, centrando o sistema na própria organização e não nos requisitos da norma, fomentando a gestão por processos e não por departamentos, já que são aqueles que acrescentam valor para o cliente, e pretendendo que as organizações focalizem todas as actividades nos requisitos dos seus clientes.

Figura: Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos



Adaptado de: Instituto Português da Qualidade (2001c).

A abordagem descrita permite controlar os processos da empresa em todas as suas fases, bem como as suas combinações e interacções. Verifica-se que os clientes estão presentes no início e no fim do modelo apresentado, uma vez que desempenham um papel importante na definição dos requisitos, que constituem os *inputs*, e a

²¹ As principais alterações tiveram em consideração o resultado de um inquérito efectuado pelo ISO. Foram recebidas 1120 respostas, de todos os países membros, cujas propostas de melhoramento se centravam nas seguintes áreas, por ordem de prioridade: simplicidade, clareza, linguagem, menos

monitorização da sua satisfação implica avaliar a sua percepção quanto ao facto da organização ter ido ao encontro dos seus requisitos.

Esta avaliação, por seu lado, produz igualmente *inputs* que serão utilizados para a melhoria contínua do sistema, ou seja, para uma permanente adaptação aos requisitos dos clientes.

A norma ISO 9001:2000²² apresenta as respectivas cláusulas com base na seguinte estrutura:

- Responsabilidade da gestão (política, objectivos, focalização no cliente, análise crítica);
- Gestão de recursos (recursos humanos, infra-estrutura, ambiente de trabalho);
- Realização do produto (planeamento, concepção, produção, compras);
- Medição, análise e melhoria (controlo do processo, auditorias, melhoria contínua).

A nova edição da norma facilita também a implementação de sistemas de gestão da qualidade por parte de empresas de serviços, abandonando o seu cariz profundamente industrial e focalizado no processo produtivo. Utiliza uma linguagem simples, clara e adequada a qualquer tipo de empresa, independentemente da sua dimensão, facilitando o processo de implementação.

Estas alterações acompanham o crescente interesse pela qualidade por parte de empresas de serviços e das PME.

4. QUALIDADE AMBIENTAL

No que respeita aos sistemas de gestão ambiental, constituem cada vez mais uma prioridade para as empresas, revelando-se o sistema que mais tem sido aplicado, logo a seguir à gestão da qualidade.

papel; integração num sistema de gestão; melhoria contínua; modelo de processos; compatibilidade com outras normas de gestão; satisfação do cliente; orientação para o negócio.

²² A norma portuguesa correspondente é a NP EN ISO 9001:2000 “Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos”, em que NP significa Norma Portuguesa, representando a sua ratificação por parte do IPQ e EN indica a ratificação da norma pelo CEN (Comité Europeu de Normalização).

As economias e sociedades modernas tentam integrar nos processos de desenvolvimento certas preocupações como manter e aumentar o fluxo de serviços úteis nas economias, alcançar uma distribuição mais equitativa dos benefícios do desenvolvimento e assegurar a protecção ambiental.

Em termos de evolução histórica, os primeiros avanços no sentido de permitirem o surgimento de normas de gestão ambiental tiveram como cenário as preocupações crescentes a este nível de organizações como a OCDE, as Nações Unidas e a OMC.

Concluiu-se por um interesse em harmonizar as políticas ambientais nacionais, que serviam de base às propostas e discussões ocorridas nas referidas organizações.

No entanto, as dificuldades foram evidentes, nomeadamente devido às diferentes capacidades das nações para conservarem os seus activos ambientais, para além das variações em termos de preferências sociais, implicando diferenças significativas nos níveis ambientais pretendidos por cada país e nas actividades de controlo da poluição.

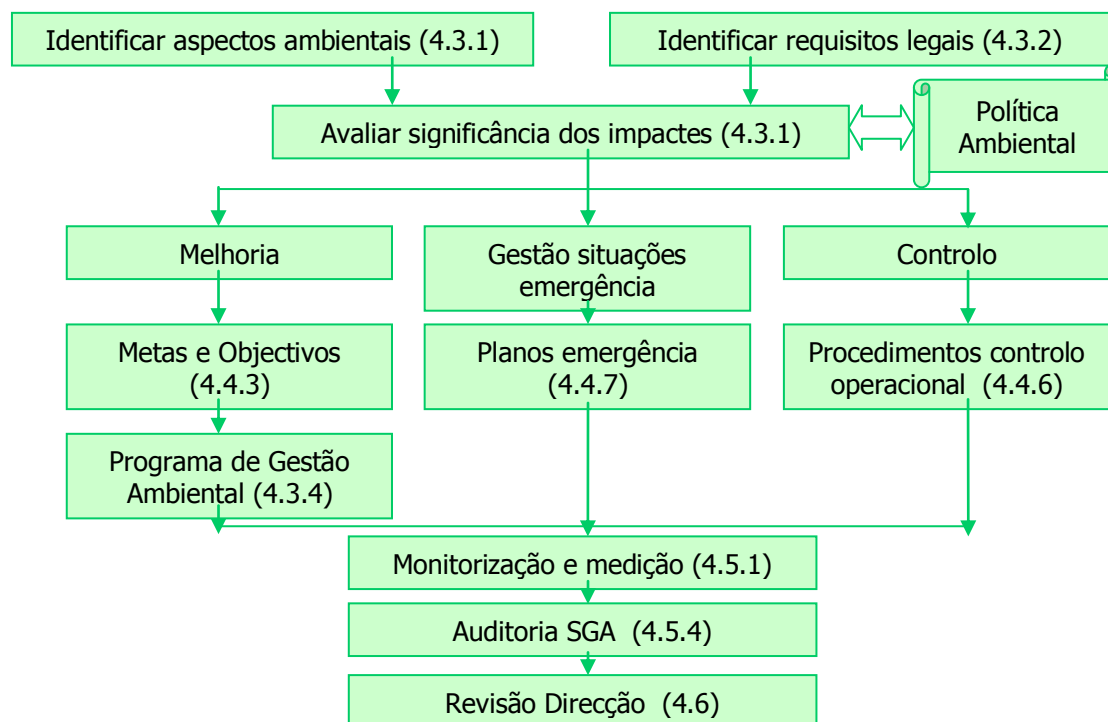
Devido a estas e outras dificuldades²³, as conclusões apontaram no sentido de que o melhor método de fomentar a protecção ambiental através de normas relativas a processos²⁴ seria a focalização nos sistemas de gestão internos que afectam a produção.

Com o interesse crescente nas normas ambientais e a rápida adopção pelas empresas das normas de gestão da qualidade, a ISO considerou a possibilidade de desenvolver uma norma internacional de gestão ambiental.

Com mais de quarenta países envolvidos na sua elaboração, cujos membros representavam a indústria, governos e organizações ambientais e de normalização, a norma internacional ISO 14001 foi editada em 1996.

²³ Certos autores opunham-se, apresentando argumentos no sentido de que as políticas reguladoras comuns não garantiam a redução nas barreiras comerciais – Wilson (1999a).

Figura: Requisitos da norma ISO 14001.



Em Portugal, a norma correspondente é a NP EN ISO 14001 “Sistemas de gestão ambiental – Especificações e linhas de orientação para a sua utilização”, emitida em 1999.

Esta norma não pretende estabelecer requisitos absolutos de desempenho ambiental, mas apenas um compromisso, estabelecido na política, de ter em atenção a legislação e regulamentação aplicáveis e de melhoria contínua.

Tal como as normas de gestão da qualidade, a ISO 14001 foi desenvolvida de modo a ser aplicável a todos os tipos de empresas, incluindo as de serviços, contemplando as diversas condições geográficas e sociais em que podem operar.

São diversos os benefícios que uma empresa pode obter com a implementação de um sistema de gestão ambiental com base na norma ISO 14001, dos quais destacamos:

- Redução de custos, devido à melhoria da eficiência dos processos, permitindo a redução de consumos (como em matérias-primas, água e energia), minimização do

²⁴ Por contraposição com as normas relativas a produtos.

tratamento de resíduos e efluentes, diminuição dos prémios de seguros e minimização de multas e coimas.

- Redução de riscos ao nível das emissões, derrames e acidentes.
- Obtenção de vantagens competitivas, como a melhoria da imagem da empresa, melhor aceitação pela sociedade, minimização dos riscos dos investidores e maior facilidade na obtenção de financiamentos.

De referir igualmente que um dos principais obstáculos na elaboração desta norma consistiu na determinação dos elementos reguladores a incluir, reflectindo as diferenças existentes entre os EUA e a União Europeia.

Os EUA tinham um forte sistema de controlo, com a Environmental Protection Agency a desenvolver regulamentos e a forçar o seu cumprimento através de multas. Diversos países da União Europeia tinham agências reguladoras semelhantes, mas sem o mesmo nível de supervisão e sem a mesma capacidade de forçar o cumprimento das regulamentações estabelecidas.

Como forma de dar resposta a esta necessidade, a União Europeia, através do CEN, desenvolveu em 1993 o Regulamento Comunitário de Ecogestão e Auditoria (EMAS)²⁵ que, inclusivamente, se revelou até mais exigente que a própria norma ISO 14001.

Quanto aos sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho, encontram-se ainda numa fase inicial de aplicação.

Apesar da relevância do tema em questão, as entidades de normalização europeia (CEN) e internacional (ISO) recusaram sempre nos últimos anos o desenvolvimento de uma norma para a gestão da segurança e saúde do trabalho, similar às da série ISO 9000 e ISO 14000.

Vários esforços têm sido desenvolvidos, mas apenas a nível nacional, com destaque para o Reino Unido e Espanha²⁶.

²⁵ Eco-Management and Audit Scheme – Regulamento CEE n.º 1836/93.

²⁶ Normas BS 8800, no caso do Reino Unido, e UNE 81901 EX e UNE 81902 EX, no caso da Espanha.

5. QUALIDADE NA SEGURANÇA

Em Portugal, surgiu recentemente uma norma de referência, a NP 4397:2001 “Sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho – Especificações”, homologada em Abril de 2001.

Em termos genéricos, esta norma fornece as bases que possibilitam às empresas proceder à identificação dos riscos associados à segurança e saúde do trabalho, permitindo o seu controlo eficaz.

Os princípios enunciados pelas Normas relativas à Gestão da Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho constituem:

- Política e objectivos em matéria de SHST;
- Garantia de cumprimento da legislação;
- Gestão das funções SHST baseada na prevenção e no planeamento;
- Identificação das necessidades de segurança dos bens e pessoas;
- Metodologias sistematizadas e controladas: identificação de perigos tendo por objectivo a respectiva eliminação / minimização, através do controlo e monitorização contínua, análise e avaliação de riscos;
- Definição dos programas de gestão da segurança e instrumentos de controlo operacional.

A metodologia de implementação organizacional e técnica da função segurança, higiene e saúde no trabalho, decorre da definição de um sistema documental e planos de actividades subjacente aos requisitos legais e normativos aplicáveis, bem como à descrição das práticas organizacionais e dos diversos níveis de responsabilidades associados à gestão dos riscos.

Neste sentido, as actividades associadas à organização da função SHST na Organização engloba a aplicação dos requisitos legais específicos em complemento da actuação do sistema:

- Definição da estrutura funcional de segurança que assegura a gestão e controlo das actividades;
- Definição da estrutura de apoio à medicina no trabalho;
- Desenvolvimento dos programas de gestão da segurança;
- Elaboração do regulamento interno de segurança;
- Planeamento e acompanhamento das funções operacionais de segurança;
- Definição da metodologia de identificação dos perigos, análise e avaliação dos riscos, bem como as respectivas acções de prevenção;
- Elaboração do Plano de Emergência Interno;
- Caracterização e monitorização dos factores de risco;
- Controlo da infecção hospitalar;
- Elaboração da estrutura documental de suporte às práticas de prevenção e controlo através da integração em procedimentos e desenvolvimento de registos;
- Assegurar a adequada formação dos colaboradores em função das actividades de prevenção e resposta a emergências;
- Promover o desempenho em matéria de segurança através dos indicadores específicos e minimização de custos derivados de perigos e acidentes de trabalho.

6. QUALIDADE SOCIAL – RESPONSABILIDADE SOCIAL

O Conceito de responsabilidade social envolve inúmeras variáveis a serem observáveis na dinâmica empresarial, como sejam, a empresa enquanto empregador, a capacidade de gerir riqueza e desenvolvimento regional e/ou nacional, a relação com o meio envolvente na óptica da utilização de recursos naturais em função dos seus processos, métodos de trabalho e mão-de-obra, considerando a qualidade dos produtos/serviços e a relação com o consumidor e a capacidade de gerar acontecimentos relevantes para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A SA 8000 baseia-se nos princípios das Convenções da OIT - Organização Internacional do Trabalho, Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, abrangendo as seguintes áreas de compromisso: Trabalho infantil, Trabalho forçado, Segurança e saúde no trabalho, Liberdade de associação e direito à negociação colectiva, Discriminação, Práticas disciplinares, Horário de trabalho e Remuneração.

Em complemento, a Organização implementa um sistema de gestão que assegure o cumprimento e melhoria contínua dos princípios referidos de uma forma estruturada e integrada na visão estratégica.

Os Princípios da Responsabilidade Social assumidos na Norma SA 8000 orientam o reforço de um código de conduta no desenvolvimento de um sistema de gestão contendo as seguinte componentes:

- Política Social e objectivos;
- Garantia de cumprimento da legislação;
- Gestão das funções sociais na Organização baseada no bem-estar dos colaboradores e relacionamento com a comunidade;
- Metodologias sistematizadas e controladas em função da integração dos princípios dos códigos de conduta e convenções na gestão corrente da Organização;
- Definição de acções e programas que promovam a melhoria do desempenho social;
- Comunicação aberta com as partes interessadas através da apresentação de relatório de responsabilidade social integrando indicadores e resultados de desempenho.

Em conformidade com a Norma SA 8000, as Organizações demonstram publicamente o desempenho e compromisso de melhoria elaborando um Relatório no âmbito da sua actuação em matéria de responsabilidade social.

O GRI é um standard internacional de report desenvolvido pela CERES (Coalition of Environmentally Responsible Economies) para uso voluntário pelas organizações quando relatam as dimensões económica, ambiental e social das suas actividades, produtos e serviços, desenvolvendo uma lista de indicadores para a descrição da performance nas áreas referidas.

Considerando as orientações do GRI, a estrutura do relatório apresenta os seguintes elementos:

- Visão e estratégia – contribuição da Organização para o desenvolvimento sustentado e descrição dos elementos chave do relatório;

- Perfil da Organização – produtos/serviços, estrutura operacional, descrição funcional, caracterização, locais, mercados e stakeholders.
- Enquadramento e perfil do relatório – amplitude da análise, critérios utilizados, fontes de informação, práticas e políticas internas.
- Estrutura/Sistemas de Gestão – descrição da estrutura, actividades em função dos stakeholders, Políticas e Sistemas de Gestão.
- Matriz de relação entre os elementos do GRI e indicadores.
- Indicadores de Desempenho – indicadores integrados, indicadores de desempenho económico, ambiental e social.

O Pacto Global pretende evoluir no sentido de vir a se transformar no primeiro fórum mundial destinado a tratar de questões cruciais relacionadas com a globalização.

Esta iniciativa foi anunciada pelo Secretário-Geral Kofi Annan no Fórum Económico Mundial em Davos, na Suíça, em Janeiro de 1999, e foi lançada formalmente na Sede da ONU em Julho de 2000.

O Pacto pede às empresas que assumam um compromisso em relação a nove princípios universais em matéria de direitos humanos, de normas laborais e de ambiente. Associa empresas a organismos da ONU, a organizações laborais internacionais, organizações não governamentais e outras entidades, como instituições académicas, a fim de promover parcerias e criar um mercado global mais equitativo e susceptível de favorecer a inclusão.

A crescente preocupação com os efeitos da globalização no mundo em desenvolvimento – quer esteja relacionada com a concentração do poder económico, quer com as disparidades de rendimento e a desintegração social – indica que, na sua forma actual, a globalização não é sustentável.

O Pacto Global foi criado para ajudar as organizações a redefinirem as suas estratégias e linhas de acção de modo a que todas as pessoas possam ter acesso aos benefícios da globalização, e não apenas umas quantas mais afortunadas.

O Pacto Global não é um instrumento regulador, mas um código de conduta com força de lei ou um fórum para policiar as políticas e práticas de gestão.

As empresas que já aderiram ao Pacto Global têm duas características em comum: são em grande maioria líderes de mercado; e posicionam-se face à gestão a riqueza mundial de uma maneira responsável, ou seja que leve em consideração os interesses e preocupações de um amplo espectro de intervenientes, incluindo seus colaboradores, investidores, clientes, grupos de apoio, parceiros sociais e comunidades.

Os quadros superiores das empresas que participam no Pacto Global concordam em que a globalização, que há apenas alguns anos era vista por muitos como uma tendência inevitável e impossível de conter, é, na realidade, extremamente frágil e pode ter um futuro incerto.

Este Pacto Global é uma iniciativa voluntária que procura fornecer um quadro mundial para promover o crescimento sustentável e a boa cidadania, por meio da liderança empenhada e criativa das empresas.

As principais vantagens na adesão ao Pacto Global, constituem:

- Demonstrar uma posição de liderança no que se refere a uma cidadania responsável
- Partilhar experiências e ensinamentos com empresas e organizações com interesses e opiniões comuns
- Desenvolver relações com outras empresas, organismos governamentais, organizações laborais, não governamentais e internacionais
- Estabelecer parcerias com organismos das Nações Unidas, particularmente com a Organização Internacional do Trabalho, o Gabinete da Alta Comissária para os Direitos Humanos, o Programa das Nações Unidas para o Ambiente e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- Maximizar as oportunidades económicas alargando a visão das empresas, de modo a incluir o componente social, e aplicando políticas e práticas de gestão responsáveis
- Participar em Diálogos sobre Temas Específicos, que foquem os principais problemas que o mundo enfrenta, com vista à obtenção de resultados concretos. Foi realizado um destes diálogos, por exemplo em Março de 2001, que tratou do Papel das Empresas nas Zonas de Conflito.

Esta adesão representará um compromisso por parte de empresas de apoiar e aplicar, nas suas respectivas esferas de influência, um conjunto de valores fundamentais em matéria de direitos humanos, de normas laborais e de ambiente, os dos seguintes nove princípios promotores de mudanças positivas nas áreas relevantes para as suas operações:

Na área dos Direitos Humanos

1. As empresas devem apoiar e respeitar a protecção dos direitos humanos proclamados internacionalmente; e
2. certificar-se de que não são cúmplices em violações dos direitos humanos.

Em relação a Normas Laborais

3. As empresas devem apoiar a liberdade de associação e o reconhecimento do direito à negociação colectiva;
4. eliminar todas as formas de trabalho forçado e obrigatório;
5. abolir o trabalho infantil; e
6. eliminar a discriminação no domínio do emprego e da actividade profissional.

Em relação ao Ambiente

7. As empresas devem apoiar uma abordagem cautelosa dos problemas ambientais;
8. levar a cabo iniciativas que visem promover uma maior responsabilidade ambiental;
9. incentivar o desenvolvimento e a difusão de tecnologias favoráveis ao ambiente.

Em termos de aplicação prática do programa Global Compact, as Organizações poderão promover as seguintes iniciativas:

- Informar os seus funcionários, accionistas, clientes e fornecedores desta decisão
- Integrar os nove princípios no programa de desenvolvimento e formação da empresa
- Incorporar os princípios do Pacto Global na declaração de missão da empresa,
- Incluir o compromisso em relação ao Pacto Global no Relatório Anual da empresa e noutros documentos que divulga

- Produzir comunicados de imprensa para tornar público o seu compromisso,

- Fornecer, uma vez por ano, um exemplo concreto de progressos feitos ou de uma lição aprendida no que se refere a pôr em prática os princípios, para que tal exemplo seja colocado na *Web site* do Pacto Global.

O Pacto Global pretende provocar transformações, mas o seu êxito só poderá ser avaliado quando as empresas começarem a agir de uma maneira diferente e a produzir resultados tangíveis.

Ainda seria prematuro afirmar que o Pacto Global é um êxito mas já existem resultados tangíveis:

Quando esta iniciativa foi formalmente lançada, em Julho de 2000 cerca de 50 empresas haviam decidido aderir, hoje já existem várias centenas em todos os continentes.

Na Alemanha , por exemplo, uma empresa de telecomunicações escolheu a Iniciativa Mundial para as Telecomunicações do Programa das Nações Unidas para o Ambiente como o fórum pertinente para contribuir para a divulgação dos princípios do Pacto Global.

O Objectivo desta iniciativa do Programa da ONU para o Ambiente é levar os países menos industrializados a participarem no mercado global, o que constitui um importante pré-requisito da redução da pobreza. A empresa está também a executar dois projectos relevantes: Educar as crianças sobre a utilização da Internet e Reduzir as Emissões de Dióxido de Carbono.

Outro exemplo - Uma empresa suíça de serviços financeiros criou Carteiras Orientadas para o Desempenho Ecológico que só investem em títulos que alcançam uma classificação acima da média do ponto de vista ambiental, social e financeiro. A empresa é um dos primeiros bancos a incluir critérios sociais na sua verificação da razoabilidade das empresas.

Em 1999, a Statoil Venezuela aderiu a um projecto de parceria com o gabinete local do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a delegação local da Amnistia Internacional e o ramo do sistema judicial venezuelano responsável pela

formação e administração. O projecto Statoil/PNUD/Amnistia visa intensificar a sensibilização do sistema judicial da Venezuela para as questões de direitos humanos, por meio de sessões interactivas de formação, levadas a cabo pela Amnistia Internacional em cooperação com o sistema judicial.

A primeira fase do projecto, que consistiu na “formação de formadores” (24 juizes seleccionados para o efeito), foi concluída, com êxito, em Dezembro de 1999.

Mais um exemplo, desta vez do Brasil: Um grupo de media e comunicações está a investir num programa de tele-educação que conjuga livros com vídeos e permite que as pessoas estudem numa das mais de 18 000 “tele-salas de aula” existentes a nível nacional. Amplamente reconhecido no Brasil como um instrumento eficiente para reforçar as capacidades humanas e reduzir as disparidades no domínio da educação, a metodologia do Telecurso está agora a ser introduzida a nível internacional.

Há aproximadamente um ano, o programa iniciou a sua fase de execução em Timor Leste. A equipe técnica reuniu-se com os dirigentes e educadores timorenses, para definir as bases do programa, que faz parte de um plano de cooperação mais vasto entre o Brasil e Timor Leste. O Telecurso 2000 é, basicamente, um programa de parcerias que conta com a participação de empresas privadas (incluindo as empresas Globo), de organizações com fins não lucrativos e organismos governamentais.

Numa situação de pós-conflito, reconstruir o sistema educativo é uma das acções mais cruciais. Na sua maioria, os analistas concordam em que a educação é decisiva para o desenvolvimento, tendo um verdadeiro impacto no futuro da maior parte das empresas.

A estrutura de funcionamento do Pacto Global, dispõe de quatro componentes: aprendizagem, diálogo, acção e divulgação.

7. GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL

A Gestão pela Qualidade Total (GQT)²⁷ é um método de gestão organizacional em que se pretende aplicar o conceito de qualidade a toda a organização, englobando todos os aspectos da gestão empresarial²⁸.

Para isso, devem ser estabelecidos objectivos precisos, no sentido de obter qualidade, melhoria contínua e, sobretudo, o forte envolvimento de todos os colaboradores, condição essencial para que os referidos objectivos traçados para a qualidade sejam alcançados com êxito. Implica também o desenvolvimento de parcerias com fornecedores e clientes, envolvendo-os nas metas a atingir.

Este tipo de gestão foi inicialmente desenvolvido no Japão, com o nome de Total Quality Control e, mais tarde, Company Wide Quality Control, tendo sido posteriormente adoptado e aprofundado nos EUA, passando a ter a sua designação actual.

Ho (2000) utiliza a própria expressão para definir a GQT:

- Gestão: Toda a gestão está totalmente comprometida com os objectivos da qualidade;
- Qualidade: Os requisitos expressos e implícitos dos clientes são cumpridos na totalidade;
- Total: Todos os que estão associados à empresa estão envolvidos na melhoria contínua (incluindo clientes e fornecedores, quando possível).

Os princípios de gestão associados à GQT podem ser resumidos nos seguintes pontos:

- Centralização no cliente;
- Envolvimento de todos os colaboradores, gestão participativa e maior responsabilização para a qualidade;
- Melhoria contínua, aprendendo com as boas práticas (aplicação do *benchmarking*²⁹);

²⁷ Do inglês Total Quality Management (TQM).

²⁸ A European Organization for Quality (2000b) chama-lhe “o estado da arte”.

- Gestão baseada em factos;
- Liderança da qualidade pela gestão de topo;
- Focalização nos processos e na prevenção em vez de relevância da inspecção;
- Sistemas documentados para os principais processos;
- Trabalho de equipa em torno dos processos;
- Formação.

De destacar o facto de não estar estabelecido um modelo que constitua a base para a GQT. No entanto, existem vários métodos que permitem implementar e manter as vantagens competitivas através da GQT, como o “Método de Juran”, os “14 pontos para a gestão”, de Deming, ou o “Programa de melhoria da qualidade com 14 passos”, de Crosby³⁰.

Apesar das diferenças entre os vários métodos, a sua “essência” é comum, estando directamente relacionada com os princípios de gestão enumerados anteriormente.

Como resultado da existência de diferentes métodos, verifica-se a tendência das organizações basearem os seus modelos de GQT nos critérios dos principais prémios de qualidade, como o European Quality Award na Europa, o Malcolm Baldrige National Quality Award nos EUA e o Deming Prize no Japão.

A adopção da GQT pressupõe uma mudança na estratégia das empresas, baseando-se na melhoria contínua e na excelência de todas as actividades desenvolvidas. A GQT fornece à empresa uma vantagem competitiva importante, uma vez que, ao basear-se também no estudo das expectativas e necessidades dos seus clientes, tanto actuais como potenciais, cria meios para poder cumpri-las e até excedê-las, com os benefícios daí advindos, em termos de quota de mercado, receitas e redução dos custos.

²⁹ *Benchmarking* pode ser definido como um processo contínuo e sistemático de avaliação dos produtos, serviços e processos das organizações que são reconhecidas como tendo as melhores práticas (*benchmark*), com a finalidade de proceder à melhoria da actividade organizacional. Trata-se, portanto, de um processo de aprendizagem com os melhores e, em consequência, uma metodologia de avaliação estratégica competitiva.

³⁰ A descrição e análise destes métodos podem ser encontradas em inúmera bibliografia. Para uma perspectiva mais detalhada dos objectivos e implicações da sua aplicação, ver, por exemplo, Bank (1998), Dale (1994) ou Willborn e Cheng (1994).

Para o êxito ser possível, a gestão de topo da empresa deve conhecer a filosofia da GQT, as condições necessárias para a sua implementação e os objectivos possíveis de atingir, para além de colocar à disposição os meios necessários para a sua aplicação.

De referir, ainda, que as ferramentas da qualidade desempenham também um papel relevante na GQT, ao nível do controlo e melhoria da qualidade³¹. Pretende-se, com a sua aplicação, eliminar os desvios entre a realização e a especificação, obtendo igualmente elementos que permitem gerir e melhorar os sistemas implementados.

8. MODELO DE EXCELÊNCIA EFQM

A EFQM – European Foundation for Quality Management é uma fundação sem fins lucrativos, criada em 1988 pelos presidentes de 14 grandes companhias europeias, com o apoio da Comissão Europeia.

O lançamento desta rede de gestão – hoje com mais de 800 membros, grandes, médias e pequenas empresas de mais de 38 países – resultou da necessidade de desenvolver uma estrutura europeia para a melhoria da qualidade, na linha do Modelo Malcolm Bridge, nos EUA, e do Prémio Deming, no Japão. Qualquer destes galardões tinha demonstrado melhorar a qualidade dos serviços e do fabrico nas organizações que os utilizavam.

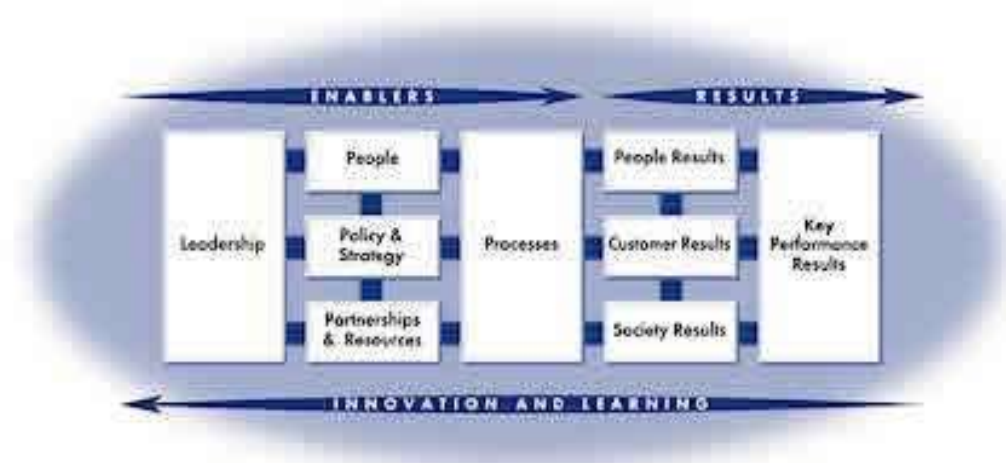
O Modelo de Excelência EFQM, modelo de gestão empresarial, introduzido em 1991, destina-se a permitir a auto-avaliação da qualidade organizacional e a constituir a base de apreciação das candidaturas ao European Quality Award (EQA) – Galardão Europeu da Qualidade.

Neste modelo, a EFQM seguiu a sua Visão de ajudar a criar organizações europeias fortes, que pratiquem os princípios da Gestão da Qualidade Total (GQT) no modo como conduzem os seus negócios e no relacionamento que têm com os seus empregados, accionistas, clientes e com as comunidades onde operam.

³¹ As sete ferramentas básicas da qualidade são o diagrama de Pareto, diagrama causa-efeito, técnicas de estratificação, folhas de recolha de dados, histogramas, diagramas de dispersão e gráficos e cartas de controlo. Para um aprofundamento desta temática, ver Cruz e Carvalho (1998).

Em Portugal, existe desde 1992 o Prémio de Excelência – Sistema Português da Qualidade (PEX-SPQ)³², elaborado com base no modelo de excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM)³³, pelo que os critérios são semelhantes.

Figura: Modelo de Excelência da EFQM



O Modelo EFQM preconiza os seguintes princípios:

- Orientação para resultados
- Enfoque no Cliente
- Liderança e compromisso
- Gestão por processos e factos
- Desenvolvimento e envolvimento das pessoas
- Aprendizagem constante, inovação e melhoria
- Desenvolvimento de parcerias
- Responsabilidade social

O Modelo é constituído por um conjunto de 5 critérios “Factores” (como se faz) – Liderança, Política e Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos, Processos – e 4 critérios “Resultados” (o que se alcança) – Resultados dos Clientes, das Pessoas, da

³² Desde 1999 existe também o Prémio de Excelência – Sistema Português da Qualidade – Pequenas e Médias Empresas (PEX-PME) que, seguindo a mesma metodologia, é porém menos exigente e mais simplificado, facilitando a sua implementação por estas empresas.

³³ Seguindo, portanto, as mesmas linhas do European Quality Award, também desenvolvido pela EFQM.

Sociedade e Resultados Chave de Desempenho. Cada critério é ainda subdividido em vários sub critérios, num total de 32 para o conjunto do Modelo (ver figura).

Genericamente, este modelo diz-nos que a satisfação das pessoas (os colaboradores), clientes e o impacte na sociedade são alcançados através da liderança, que conduz as pessoas, a política e estratégia e os recursos e parcerias, utilizando os processos (sistema da qualidade), de modo a alcançar a excelência dos resultados chave do desempenho.

Deste modo, os meios significam a forma como os resultados são alcançados e os resultados identificam o que a empresa atingiu ou espera atingir.

A avaliação do desempenho da empresa (por auto-avaliação ou por uma entidade avaliadora como a EFQM, a APQ, etc.) segundo este Modelo, faz-se comparando a realidade da empresa com o preconizado no Modelo, mediante uma avaliação feita por uma equipa multidisciplinar (e no caso de avaliação externa, multi-empresas), de Assessores, devidamente formados e treinados na aplicação do Modelo.

Neste processo de avaliação, cada sub critério do grupo “Factores” é avaliado segundo a “abordagem (Plan) ” seguida, o “Desdobramento (Do) ” realizado, a “Avaliação (Check)” do que foi conseguido e a “Revisão (Act)” para continuar a melhorar. Quanto aos sub critérios do grupo “Resultados” estes são analisados relativamente aos valores alcançados, a sua tendência ao longo do tempo, a lógica dos objectivos que se propunha alcançar, as comparações feitas com os resultados obtidos por outros (benchmarks), as causas desses resultados (são fruto da abordagem seguida?) e finalmente a abrangência dos mesmos (cobrem todos os domínios possíveis na empresa?). Como resultado dessa comparação, é atribuído a cada sub critério uma determinada pontuação variando entre 0 e 100%.

A pontuação final que estabelece o nível de Excelência em que se encontra a empresa é resultado do conjunto de pontuações dos sub critérios afectado pela ponderação do peso relativo dos critérios a que pertencem.

O Esquema de Reconhecimento Europeu da EFQM é baseado no Modelo de Excelência da EFQM e é constituído por cinco níveis, aos quais correspondem cinco patamares distintos no percurso das organizações a caminho da Excelência.

A APQ – Associação Portuguesa da Qualidade tem a responsabilidade de assegurar em Portugal a gestão deste Esquema para os níveis *Committed to Excellence* e *Recognised for Excellence*.

Designado por “Níveis de Excelência”, este esquema contempla cinco níveis de reconhecimento, três dos quais atribuídos em consequência da candidatura das organizações ao Prémio Europeu da Qualidade (EQA Winner, EQA Prize Winner e EQA Finalist), e os dois novos níveis - *Recognised for Excellence* e *Committed to Excellence*, aos quais as organizações se podem candidatar para obter o respectivo reconhecimento.

Nível 1 – *Committed to Excellence*

Este nível de reconhecimento implica a evidência do percurso para a Excelência. As Organizações apresentam as actividades de melhoria que têm vindo a desenvolver, em conformidade com a ISO 9000 ou através de outras ferramentas de melhoria de desempenho como seja o *Balanced Scorecard*. Neste sentido, o objectivo das Organizações é a utilização do Modelo de Excelência da EFQM para coordenar e direccionar os seus programas de melhoria.

Nível 2 – *Recognized to Excellence*

As Organizações demonstram uma melhoria de desempenho evolutiva (3 anos de análise), realizando comparações através de benchmarking externo e evidenciando um controlo e melhoria sistemática dos seus processos principais, adoptando metodologias de Auto-Avaliação segundo o Modelo de Excelência da EFQM, totalizando um mínimo de 350 pontos.

Prémio Europeu da Qualidade: Nível 3 *EQA Finalist*; Nível 4 *EQA Prize Winner* e Nível 5 *EQA Winner*.

O Prémio Europeu da Qualidade (EQA) é um concurso rigoroso e exigente, concebido para organizações, ou unidades organizacionais, consideradas como modelos nacionais ou europeus, e que apresentem um historial de cinco anos de melhoria contínua.

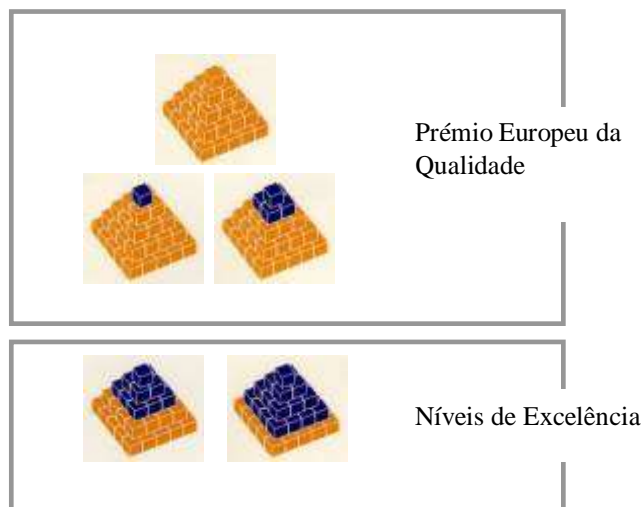
Baseia-se no Modelo de Excelência da EFQM, o qual também está na origem de muitos dos prémios nacionais e regionais existentes na Europa. Os utilizadores do Modelo da EFQM estão, inquestionavelmente, comprometidos com a excelência, com a Auto-Avaliação e com a melhoria contínua.

Aceder ao Prémio Europeu da Qualidade requer a elaboração e entrega, numa data específica, de um documento de candidatura detalhado com um máximo de 75 páginas, o qual é avaliado e pontuado por uma equipa de assessores da EFQM. Estes assessores da EFQM para além de uma formação específica, são gestores seniores experientes, oriundos de vários países e sectores industriais. O número de elementos da equipa varia de 3 a 8, consoante a dimensão e complexidade da organização a avaliar.

Se o documento de candidatura obtiver uma pontuação acima da definida pelo Júri do Prémio, a equipa de assessores realizará uma visita à empresa, a qual poderá ter uma duração de até uma semana. Os candidatos serão solicitados a permitir o livre acesso da equipa de assessores a todas as áreas operacionais da organização. A visita à organização tem como objectivo comparar as evidências recolhidas pelos assessores com as descrições do documento de candidatura, verificar a pontuação em todos os critérios e produzir um Relatório de Feedback.

Com base neste relatório, um júri de peritos decide qual o nível de reconhecimento a atribuir a cada organização: EQA Finalist (nível 3), EQA Prize Winner (nível 4) ou EQA Winner (nível 5), passando a constituir uma referência da Excelência europeia e integrando a lista de honra que inclui algumas das mais prestigiadas organizações europeias.

Figura: Sistema de Reconhecimento EFQM



Para além de constituírem uma base sólida para o desenvolvimento de um modelo de GQT, a prossecução dos critérios dos prémios da qualidade referidos trazem ainda o aliciente acrescido de se traduzirem num reconhecimento para as empresas que os alcançam, com as inerentes vantagens daí resultantes.

Efectivamente, estas empresas passam a poder associar a sua promoção à imagem do prémio de excelência, retirando deste facto vantagens competitivas ao nível do prestígio e segurança nos seus mercados.

9. INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS DE GESTÃO

A norma ISO 9001:2000 foi desenvolvida de modo a ser compatível com a norma ISO 14001, relativa à gestão ambiental, facilitando a integração dos dois sistemas, já bastante aplicada. Também a norma NP 4397:2001, de gestão da segurança e saúde do trabalho, permite a integração com os outros sistemas. Estes sistemas partilham de princípios comuns, permitindo a compatibilização de um sistema de gestão relativamente aos outros.

Esta integração entre sistemas de gestão proporciona às organizações uma redução dos custos associados, nomeadamente ao nível das auditorias internas e externas

necessárias, para além de evitar a multiplicação da documentação, conflitos entre sistemas, ineficiência e desvios em relação aos aspectos essenciais da sua gestão.

10. CUSTOS DA QUALIDADE

A contabilização e análise dos custos da qualidade constitui uma ferramenta útil com vista a verificar não só a eficiência do sistema da qualidade implementado mas também o próprio desempenho da organização.

A Norma NP EN ISO 8402³⁴ define os custos relativos à qualidade como os «custos devidos ao assegurar e garantir a qualidade satisfatória, assim como às perdas sofridas quando a qualidade satisfatória não é alcançada», referindo também que alguns destes custos, embora importantes, são por vezes dificilmente quantificáveis, como é o caso da perda de clientes.

Este conceito foi inicialmente introduzido no Japão por Feigenbaum, em 1961, tendo sido aplicado por um número crescente de empresas desde essa altura, principalmente naquele país.

Embora a categorização dos custos da qualidade possa ser variada, optamos por considerar quatro tipos³⁵:

- **Custos de Prevenção:** Custos incorridos pela empresa com vista à implementação ou melhoria do seu sistema de qualidade, visando, portanto, prevenir o aparecimento de erros ou defeitos.
- **Custos de Avaliação:** Custos originados pela implementação e funcionamento dos mecanismos de comprovação da qualidade, com o objectivo de verificar o cumprimento dos níveis de qualidade pré-estabelecidos.
- **Custos de Falhas Internas:** Custos associados a falhas ou erros nos produtos ou serviços que, assim, não cumprem os requisitos de qualidade estabelecidos, tendo sido detectados durante o processo de fabrico e antes da entrega ao cliente.

³⁴ Instituto Português da Qualidade (1997).

- Custos de Falhas Externas: Semelhantes aos Custos de Falhas Internas, mas cujas falhas ou erros se verificaram ou foram detectadas após a entrega ao cliente, e englobando ainda as situações em que o produto ou serviço não satisfaz as necessidades do cliente ou não corresponde às suas expectativas.

As duas primeiras categorias referem-se a custos de obtenção da qualidade, constituindo as duas últimas os custos da não qualidade.

Ganhão (1991) sugere que a verdadeira dimensão dos custos da qualidade nem sempre é conhecida e que, mesmo quando alguns custos da não qualidade são conhecidos, estes representam, em regra, apenas uma pequena fracção da realidade, recorrendo à imagem de um icebergue para o evidenciar.

Figura: Custos Invisíveis



Adaptado de: Ganhão (1991).

A parte visível corresponde aos pequenos problemas da qualidade, que denomina de defeitos e falhas, mas o grande volume destes custos está oculto nos custos operacionais da empresa, tal como o maior volume do icebergue está oculto abaixo do nível do mar³⁶.

³⁵ Conforme proposta da norma NP 4239:1994 “Bases para a quantificação dos custos da qualidade” (Instituto Português da Qualidade, 1994).

³⁶ Alguns autores chamam a estes custos a “fábrica paralela”.

Um sistema de custos da qualidade permitirá ter uma ideia mais clara sobre todos estes factores, muito embora vários deles sejam dificilmente mensuráveis.

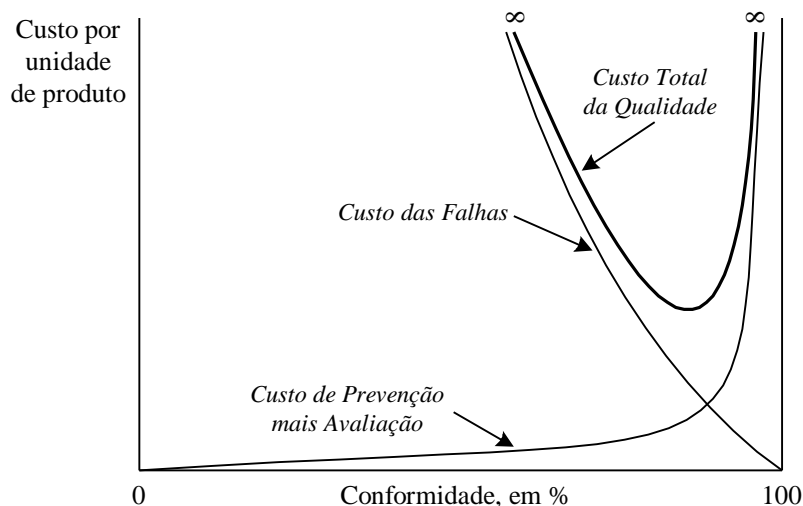
Para além disso, a implementação de um sistema deste tipo implica outras vantagens para a empresa, nomeadamente³⁷:

- A gestão da empresa tem a possibilidade de se ver confrontada com custos da não qualidade que desconhecia, podendo tomar posições com vista à sua minimização.
- Os custos da não qualidade fornecem informações importantes para que sejam implementados os mecanismos mais adequados para reduzir os custos geradores de prejuízos.
- A análise destes custos permite estabelecer comparações e concluir se o esforço das acções tomadas atingiram os objectivos pretendidos.
- Trata-se de um bom instrumento de controle.

De referir ainda que o estudo da distribuição dos custos da qualidade deu origem a dois modelos económicos, apresentados por Juran, que demonstram a relação existente entre as categorias de custos já definidas e a respectiva evolução.

O objectivo destes modelos é evidenciar o modo de otimizar os custos da qualidade, sendo representadas duas situações, relativas aos processos tradicionais e aos denominados processos emergentes.

Figura: Modelo Clássico – Processos Tradicionais



Adaptado de: Pinho (1998).

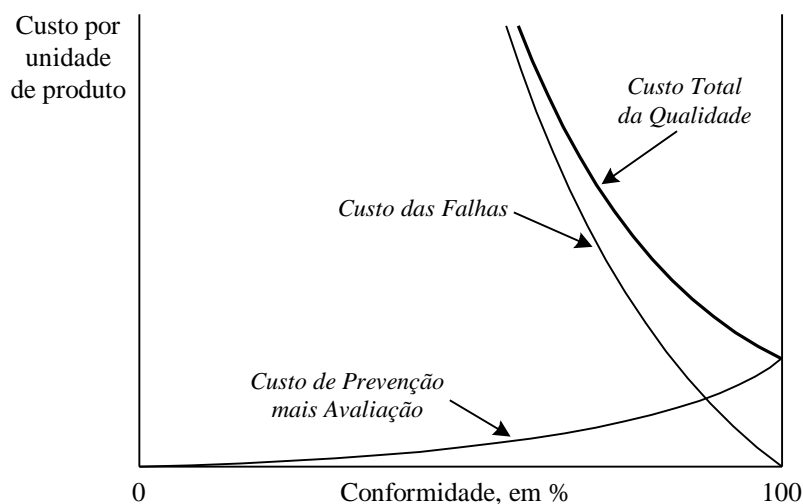
De acordo com este modelo, os custos da não qualidade (falhas) são nulos quando os produtos são 100% conformes, tendendo para infinito quando são 100% defeituosos.

No entanto, os custos de obtenção da qualidade (prevenção e avaliação) tendem também para infinito quando nos aproximamos dos 100% de conformidade, pelo que existirá uma percentagem intermédia de conformidade, o denominado “Nível de Qualidade Aceitável”, que permitirá minimizar o custo total³⁸.

O modelo clássico representa as condições que prevaleceram durante a maior parte do século passado e que ainda podem ser encontradas em alguns processos tradicionais. Os custos de prevenção e avaliação são maioritariamente constituídos pela componente avaliação, sendo esta realizada por pessoas. Estes métodos são falíveis, acabando por conduzir a custos elevados, uma vez que a resposta às falhas é dada através de um incremento da inspeção.

O modelo apresentado suscitou polémica entre alguns autores, levando Juran a considerar um segundo modelo, denominado contemporâneo, representando as evoluções verificadas nas últimas décadas do século XX. Este modelo, associado aos processos emergentes.

Figura: Modelo Contemporâneo – Processos Emergentes



³⁷ Baseado em Beato (1997).

Adaptado de: Pinho (1998).

Os pressupostos do modelo contemporâneo são diferentes daqueles em que se baseou o modelo tradicional. É reconhecida a importância da prevenção, para além de que o desenvolvimento tecnológico implicou uma redução no nível de falhas em materiais e na ocorrência de erros humanos, tanto durante a produção como durante a avaliação.

Assim sendo, passou a considerar-se a possibilidade de ser atingido o nível de 100% de conformidade com custos de obtenção da qualidade limitados.

Apesar da coexistência temporal entre as duas realidades, existindo actualmente processos em que o modelo mais adequado é o clássico, enquanto o contemporâneo é aplicável a outros, a evolução do primeiro para o segundo constitui um reflexo da própria evolução do conceito de qualidade, passando da noção de níveis de qualidade aceitáveis para uma situação desejável de zero defeitos, com um forte ênfase na prevenção.

Mais recentemente, face à evolução da sociedade requerendo maior informação sobre as questões ecológicas, ambientais e sociais, a contabilização assume um conjunto de instrumentos na identificação do nível de responsabilidade dos agentes económicos.

O facto ocorrido no Alasca/USA pela Empresa Exxon, faz salientar que nas suas principais demonstrações contabilísticas, não existiam quaisquer referências sobre os potenciais riscos face à poluição do meio ambiente e conseqüente necessidade de indemnizar pessoas ou entidades governamentais.

Por este e outros acontecimentos, tornou-se necessário considerar nos princípios da contabilidade a análise das contingências relativas ao meio ambiente, em ligação aos processos de auditoria ambiental.

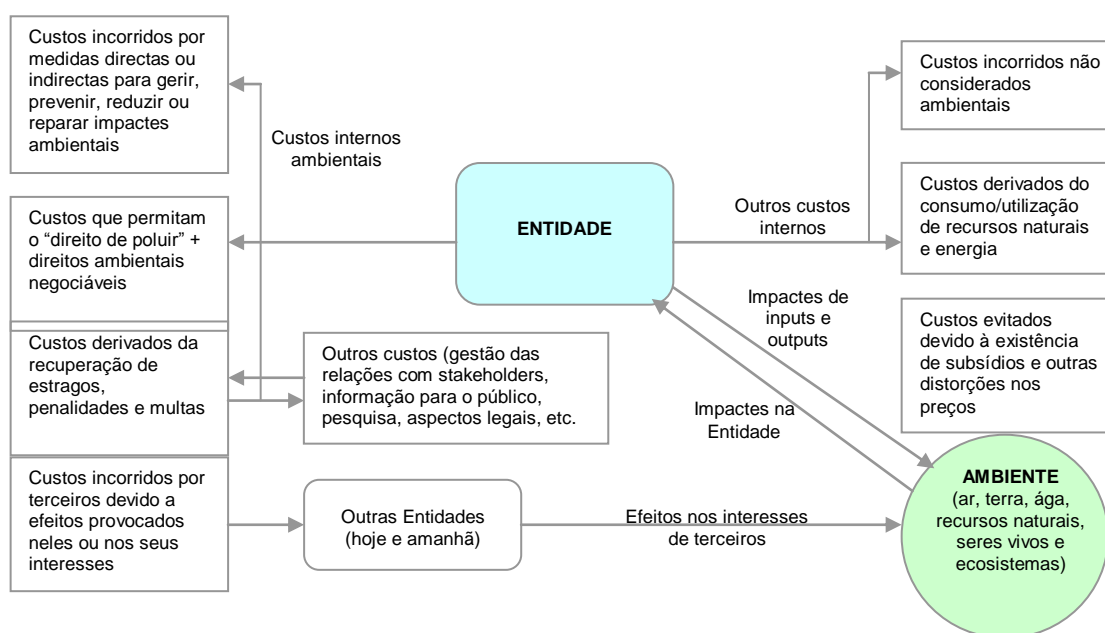
“Não existe uma definição “geralmente aceite” do que seja um custo ambiental. O que existe são “custos com medidas ambientais” e, para além disso, custos com “perdas ambientais” (CIGA)

³⁸ Que corresponde à soma dos custos de obtenção da qualidade e dos custos da não qualidade.

As medidas ambientais traduzem-se na prevenção, redução e remediação – eliminação ou redução de efluentes líquidos ou de contaminação do ar; redução, reutilização e reciclagem; impostos e taxas com a defesa do ambiente; implementação e manutenção de SGA, etc, bem como na conservação de recursos – alternativas e produtos substitutos, replantação, repovoamento de rios e lagos, etc. As perdas ambientais reflectem a descontaminação de locais decorrentes de acidentes e pagamentos de indemnizações.

Apresenta-se assim uma estrutura e tipologia dos Custos Ambientais:

Figura: Custos Ambientais



Fonte: CICA (1997), *Full Cost Accounting from a Environmental Perspective*

A iniciativa de desenvolvimento de Relatórios Ambientais, permitindo alcançar o Prémio Europeu de Relatório Ambiental - *European Sustainability Reporting Award* – EERA, traduziu na promoção ao empenhamento de algumas empresas no respectivo desempenho ambiental, das quais constituem exemplo os prémios obtidos, em Portugal pela Opel Portugal (1999), Solway, Petrogal, Fisipe, Cimpor, Cires, Celbi (2000), Adelino Duarte & Mota, EDP (2001).

O *European Sustainability Reporting Award* – EERA, apresenta as seguintes directrizes para a estrutura do Relatório Ambiental:

- Relatório da Administração (5%)
- Políticas contabilísticas e de relato (5%)
- Descrição do perfil da empresa (5%)
- Resumo da actividade e indicadores chave de desempenho (5%)
- Visão e estratégia (5%)
- Políticas, organização, SGA e relações com o meio envolvente (10%)
- Desempenho (15%)

Avaliando, com base nos seguintes princípios: Relevância (5%); Credibilidade (5%); Clareza (5%); Comparabilidade (5%); Tempestividade (5%); Plenitude (5%); Verificabilidade (10%); Aspectos gerais (10%).

III.2 MODELOS DA QUALIDADE EM SAÚDE

Os Modelos da Qualidade em Saúde, atravessam de forma transversal a globalidade das preocupações para a reestruturação do Sistema da Saúde, visando consolidar as estratégias operacionais nas diversas Unidades de Saúde, através da adopção de instrumentos de gestão e organização como base estruturante das medidas de reforma a implementar.

A Qualidade dos Serviços de Saúde apresenta características específicas, definindo-se um conceito alargado aos factores que a influenciam directamente:

- Qualidade científica e técnica, baseada na inovação e actualidade das ciências médicas;
- Acessibilidade, atendendo aos obstáculos financeiros, espaciais, organizacionais, culturais, sociais e psicológicos;
- Satisfação, traduzida na efectivação das expectativas dos clientes;
- Efectividade baseada na noção de eficácia e condições ideais de intervenção;
- Eficiência constituindo a relação entre produtividade com minimização de custo;
- Apropriação, correspondendo à adequação;
- Continuidade na prestação de cuidados;
- Oportunidade temporal, tendo em conta o momento exacto em que os cuidados devem ser prestados.

Num actual contexto de insuficiência face à escassa cultura de qualidade, défice organizacional, ausência de indicadores de desempenho para apoio à decisão e intervenção de diagnóstico e terapêutica mal estruturada, urge intervir em áreas prioritárias, como seja:

- Implementação de programas de saúde orientados para a efectividade das intervenções;
- Melhorar a qualidade organizacional através de modelos da qualidade;
- Melhorar indicadores de desempenho, implementando ferramentas de apoio á decisão clínica, de processos e de resultados;

- Apoio estruturado às áreas de diagnóstico e terapêutica, através de referenciais normativos;
- Abordagem ao erro médico através de sistemas de segurança;
- Intervenção orientada nos serviços laboratoriais;
- Atribuir nova dimensão da ética para a humanização dos serviços;
- Investir na formação dos profissionais.

Neste sentido, diversas Instituições Hospitalares iniciaram os seus programas da Qualidade, através de medidas de reforma sugeridas nas orientações referidas e em standards e/ou referenciais normativos de suporte à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, contando com a participação da Entidade Financiadora Programa Saúde XXI.

As metodologias da melhoria contínua da qualidade na saúde, promovidas pela Secretaria de estado da Saúde, começaram a ser aplicadas em 1998 através de um grupo pioneiro de quatro Hospitais – Hospital distrital de Torres Vedras, Maternidade Bissaya Barreto, Hospital de Abrantes, Hospital Dr. José Joaquim Fernandes (Beja), sendo que numa segunda fase aderiram o Hospital de São Sebastião, Hospital distrital de Tomar, Torres Novas e Maternidade Júlio Dinis.

1. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR *KING'S FUND HEALTH QUALITY SERVICE*

Em 1999 iniciou-se o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH), através de um projecto piloto aplicado a sete Hospitais, recorrendo à metodologia e manual de Auditoria Organizacional do *King's fund Health Quality Service*, publicado em Londres em 1997. Seguidamente aderiram ao projecto mais catorze instituições, actualmente num total de vinte e um Hospitais.

O processo de acreditação hospitalar constitui a aplicação de um modelo organizacional, centrado na melhoria da segurança, efectividade clínica, informação ao utente, desenvolvimento e qualificação dos profissionais, transparência das organizações, responsabilização pública e critérios explícitos de concorrência.

Portugal foi pioneiro, na Europa do Sul, na aplicação deste modelo, tendo-se registado a acreditação total de três hospitais e a acreditação provisória de quatro Instituições.

A metodologia de acreditação hospitalar é baseada no desenvolvimento e implementação de um Manual de Acreditação, constituído por:

Secção 1 – gestão Institucional

Secção 2 – Gestão dos recursos

Secção 3 – Direitos e necessidades individuais do doente

Secção 4 – O percurso do doente

Secção 5 – Serviço específico

A estrutura recorre à classificação dos diversos níveis de aplicabilidade: A – prática indispensável; B – boa prática; C – prática excelente, sendo associado um grau de conformidade correspondente a Total (cumprido integralmente), Parcial, Não (não cumprimento) e não aplicável.

2. CERTIFICAÇÃO DE SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE – ISO 9001:2000

A Certificação do Sistema de Gestão da Qualidade através do referencial normativo NP EN ISO 9001:2000 tem sido amplamente adoptada pelas Instituições de Saúde Públicas e Privadas em Portugal, caracterizando-se maioritariamente pela Certificação individualizada de Serviços alvo.

Os princípios da Gestão da Qualidade enquadram-se na seguinte abordagem:

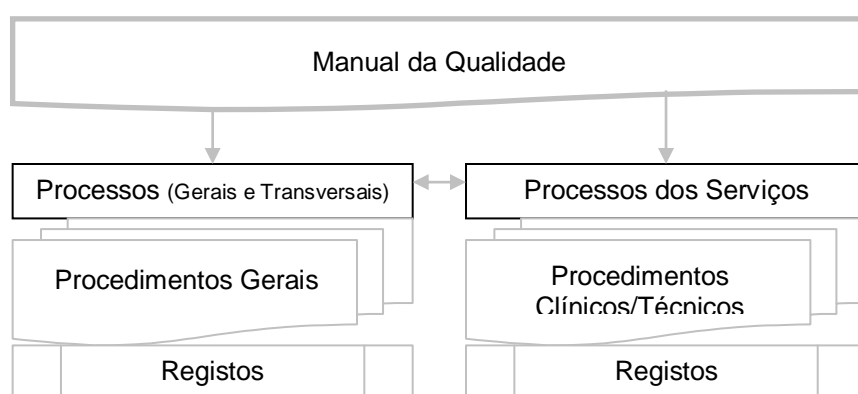
- Organização orientada para o Cliente/Utente
- Liderança
- Envolvimento das equipas
- Abordagem por processos
- Abordagem ao sistema pela gestão
- Melhoria Contínua
- Abordagem por factos na decisão
- Relações de benefício mútuo com os fornecedores

A Norma Internacional NP EN ISO 9001:2000 – Sistema de Gestão da Qualidade sistematiza um conjunto de princípios de gestão de aplicação transversal aos diversos sectores da Instituição, constituindo a base de implementação do Sistema em interligação com as restantes normas, orientações e práticas aplicáveis.

Desta forma, o Sistema de Gestão da Qualidade visa a sistematização dos processos, procedimentos e práticas de trabalho e resultante definição de responsabilidades descentralizadas e a avaliação permanente do desempenho através de objectivos claros e mensuráveis.

A definição do processo organizacional interno transversal baseado nas componentes: identificação dos requisitos de satisfação dos Clientes/Utentes; responsabilidade da gestão; gestão de recursos; prestação do serviço; medição, análise e melhoria, promove a eficácia da Instituição, constituindo o reforço da qualidade dos serviços prestados.

A filosofia orientadora da metodologia do Sistema de Gestão da Qualidade centra-se na gestão organizacional e técnica da Instituição, através do desenvolvimento de um sistema documental com base na abordagem de processos e descrição das práticas organizacionais e responsabilidades instituídas pela Organização.



O Manual da Qualidade constitui a descrição sumária da Instituição, englobando as vertentes estratégicas decorrentes da definição do sistema organizacional, objectivos gerais e políticas resultantes da cultura, missão e valores da Instituição.

A integração de uma dinâmica de gestão segundo a abordagem por processos constitui a descrição de uma actividade ou conjunto de actividades que utilizam recursos para transformar entradas em saídas.

O objectivo da abordagem por processos é assegurar o funcionamento eficaz das Organizações, identificando e criando ferramentas de gestão para os diversos processos que se relacionam e interagem entre si, tendo presente em cada actividade, o princípio da melhoria continua.

Os procedimentos descrevem os modos de proceder respeitantes às tarefas e poderão ser desenvolvidos com base na descrição de metodologias gerais utilizadas pelas diversas áreas transversais e modos de proceder específicos relativos a cada Serviço.

Os registos, com base em modelos de documentos, formulários ou tabelas, fornecem evidências das actividades desenvolvidas e/ou resultados da respectiva operacionalidade do Sistema de Gestão.

Relativamente às actividades específicas de avaliação de desempenho e eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade, o referencial normativo define as seguintes metodologias:

- Revisão do Sistema – tem como objectivo analisar a adequabilidade e a eficácia do Sistema implementado, bem como a prossecução dos objectivos definidos, permitindo, deste modo, definir acções no sentido da melhoria contínua.
- Indicadores, objectivos e resultados dos processos técnicos e organizacionais, bem como a eficácia das acções implementadas para a concretização dos objectivos.
- Indicadores, objectivos e resultados da avaliação da satisfação dos Clientes e colaboradores das suas sugestões e reclamações.
- Eficácia das acções correctivas implementadas em função das não conformidades detectadas
- Eficácia das acções preventivas detectadas

- Eficácia das acções de formação realizadas
- Auditorias e acções de melhoria implementadas

Em complemento o “*Benchmarking*” poderá ser aplicado à análise evolutiva dos indicadores estabelecendo processos comparativos em função da desejada melhoria contínua.

3. MANUAIS DA QUALIDADE PARA ADMISSÃO E ENCAMINHAMENTO DE UTENTES

O Projecto Manuais da Qualidade para a Admissão e Encaminhamento de Utentes iniciou em Dezembro de 1999 como projecto do IQS de âmbito nacional, e financiado pelos fundos estruturais geridos pelo programa operacional Saúde XXI, teve desde o seu início o objectivo explícito de estabelecer procedimentos normalizados para a identificação, registo, marcação, acolhimento, admissão, informação, orientação e encaminhamento dos utentes nos diversos serviços das instituições de saúde que foram seleccionadas para o desenvolverem, tendo surgido como resposta a uma preocupação expressa pelo Ministério da Saúde de melhorar o atendimento dos utentes de forma sistemática e continuada e otimizar o seu percurso nas instituições de saúde.

No início do projecto as instituições foram seleccionadas pelas ARS's com critérios adaptados às características de cada região, sendo actualmente 24 Instituições aderentes.

O Projecto Manuais da Qualidade para a Admissão e Encaminhamento de Utentes, consiste na criação e institucionalização de Manuais de procedimentos da qualidade aplicados às actividades de admissão, inscrição, atendimento, encaminhamento, e percurso dos utentes nos serviços de saúde, e é um passo decisivo para que nestes se crie uma cultura da qualidade que integre todos os processos, departamentos e serviços, responsabilizando os diferentes níveis hierárquicos e os sectores operativos por uma prática de rigor e ausência de erros.

Para além dos objectivos gerais descritos foram identificados alguns objectivos específicos que incluíram:

- assegurar que toda a informação a prestar aos utentes seja adequada ao tipo de interlocutor e prestada por pessoal autorizado a fazê-lo;
- assegurar uma maior operacionalidade e eficiência em todas as actividades; assegurar que os compromissos de serviço anunciados aos utentes sejam cumpridos de acordo com o nível de qualidade esperado;
- assegurar que todos os colaboradores colocados nos locais de atendimento dos utentes tenham conhecimento de todos os procedimentos necessários à realização do seu trabalho sem falhas nem omissões, e estabeleçam os seus padrões de qualidade.

Parte da compreensão de que os serviços de saúde têm de aprender a fazer uma coisa muito simples mas incontornável: a gerir a qualidade de forma sistemática, integrando-a na gestão geral da instituição de saúde, sabido que é que a gestão da qualidade depende do controlo que a organização tem sobre os seus processos críticos e sobre os recursos associados.

Conceptualmente a criação de um Manual da qualidade para a admissão e encaminhamento dos utentes como resposta prática à necessidade de melhorar o seu atendimento baseia-se nos conceitos e orientações para a gestão da qualidade das Normas internacionais ISO 9000: visão 2000.

A partir dessas orientações foi criada uma especificação própria para a elaboração dos Manuais da qualidade, dado que o objectivo não é a certificação em si. No entanto, nos casos em que isso se revelar estrategicamente aceitável, o caminho para uma certificação fica facilitado, e de uma forma credível e optimizada.

4. PROJECTO *MONIQUOR.CS* – CENTROS DE SAÚDE

O programa *MoniQuOr.CS* constitui um conjunto de critérios de Qualidade Organizacional aplicáveis à gestão das actividades por parte dos Centros de Saúde, tendo por objectivo facilitar a avaliação e a melhoria dos seus serviços.

Neste sentido, o programa *MoniQuOr.CS* apresenta duas áreas de intervenção principais: Organização dos Serviços e revisão contínua e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados efectivos e eficientes, tendo em conta os seguintes objectivos específicos:

- elaborar critérios de Qualidade Organizacional para utilização em Centros de Saúde. (*trabalhar com profissionais e utilizadores na melhoria e adequação deste conjunto de critérios.*)
- criar um sistema de avaliação inter-pares do grau de cumprimento dos critérios. (*desenvolver um modelo de avaliação do progresso em direcção ao cumprimento integral dos critérios.*)
 - 1º - auto-avaliação
 - 2º - avaliações cruzadas (*entre Centros de Saúde*)
 - 3º - avaliações externas (*certificação*)
- avaliar o impacto que o cumprimento dos critérios tem na melhoria da Qualidade dos cuidados prestados.

O referido programa apresenta um conjunto de orientações para o desenvolvimento de estratégias de actuação os Centros de Saúde aderentes:

- validação de documentação e procedimentos
- revisões sistemáticas e multidisciplinares
- programas de melhoria continua
- melhoria da comunicação interna
- organização de serviços centrados nos utilizadores
- elaboração de um plano de acção

5. IQIP – INTERNATIONAL QUALITY INDICATOR PROJECT

O IQIP foi criado nos EUA em 1985, tendo por objectivo a medição do desempenho clínico nos hospitais e tomada de medidas de melhoria.

Trata-se de um sistema coordenado por uma entidade americana - o *Center for Performance Sciences* – e que envolve actualmente cerca de 300 organizações de saúde de nove países da Europa e Ásia.

Actualmente de dimensão internacional, o *Quality Indicator Project* iniciou-se em 1985 como projecto-piloto de adesão voluntária de sete hospitais de agudos do Maryland, EUA.

Esta organização dispõe de um quadro de colaboradores de formação multidisciplinar, que inclui médicos, epidemiologistas, gestores hospitalares, sociólogos, financeiros e informáticos, permitindo dar uma resposta eficiente na concepção e implementação dos sistemas de avaliação de desempenho nas instituições.

O ramo nacional deste projecto designa-se *Portuguese Quality Indicator Project (PQIP)*, e encontra-se em desenvolvimento desde 2001.

A adesão de Portugal registou-se em 2001, abrangendo oito Hospitais e liderado pelo Hospital de São Sebastião SA (Sta. Maria da Feira), constituindo-se o PQIP – Portuguese Quality Indicator Project.

O PQIP constitui um projecto de *benchmarking*, proporcionando a comparação de indicadores chave entre os diversos Hospitais aderentes, tendo por objectivo suportar processos de tomada de decisão, definição de melhorias que permitam melhorar a prática clínica e a prestação de cuidados por parte dos médicos e enfermeiros, através de uma avaliação trimestral e de relatórios de análise de dados de periodicidade quadrimestral.

Este Sistema contempla um conjunto de indicadores e medidas nas áreas do internamento e do ambulatório, que são recolhidos pelos Hospitais aderentes e enviados trimestralmente para a estrutura de coordenação do Projecto, nos EUA. Com base nos indicadores recolhidos, o *Center for Performance Sciences* procede a uma análise de *benchmarking* entre o grupo de Hospitais de doentes agudos evidenciando, num relatório, os principais desvios face aos padrões estabelecidos e dando orientações visando uma melhoria da qualidade assistencial.

Além dos relatórios trimestrais com as análises de *benchmarking*, os Hospitais usufruem, por parte da estrutura de coordenação deste Projecto, de um vasto conjunto de materiais formativos, instrumentos de recolha de dados, acompanhamento da

recolha e tratamento de dados, bem como de uma partilha de case-studies de outras organizações participantes no Projecto.

Esta ferramenta de melhoria do desempenho destina-se precaver falhas e introduzir melhorias, com vista a avaliar e fomentar o desempenho nas áreas da qualidade assistencial

O Programa de monitorização e avaliação de resultados de natureza assistencial prevê a recolha e tratamento de 21 indicadores na área de Internamento e de 5 na área de ambulatório.

O Manual *do International Quality Indicator Project* estabelece os procedimentos de recolha e registo de informação respeitante aos indicadores.

Os resultados são enviados para o Hospital sob a forma de relatórios estatísticos trimestrais, de modo a possibilitar aos diferentes responsáveis a análise do desempenho do Hospital, numa perspectiva de *benchmarking*.

De realçar que as análises comparativas dizem respeito aos resultados globais dos Hospitais obtidos em cada indicador, não se distinguindo Serviços nem profissionais.

Quadro: Indicadores de Monitorização PQIP

INTERNAMENTO

INDICADOR 1 - INFECÇÕES CIRÚRGICAS ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS NA UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

INDICADOR 2 - UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

INDICADOR 3 - INFECÇÕES CIRÚRGICAS

INDICADOR 4 - PROFILAXIA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

INDICADOR 5 - MORTALIDADE NO INTERNAMENTO

INDICADOR 6 - MORTALIDADE NEONATAL

INDICADOR 7 - MORTALIDADE PRÉ-OPERATÓRIA

INDICADOR 8 - TRABALHO DE PARTO

INDICADOR 9 - READMISSÕES NÃO PROGRAMADAS

INDICADOR 10 - ADMISSÕES NÃO PROGRAMADAS POSTERIORES A PROCEDIMENTOS DE AMBULATÓRIO PROGRAMADOS

INDICADOR 11 - REGRESSOS NÃO PROGRAMADOS À UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

INDICADOR 12 - REGRESSOS NÃO PROGRAMADOS AO BLOCO OPERATÓRIO

INDICADOR 13 - MORTALIDADE PERIOPERATÓRIA DE BYPASS CORONÁRIO

INDICADOR 14 – IMOBILIZAÇÕES FÍSICAS

INDICADOR 15 – QUEDAS

INDICADOR 16- SEDAÇÃO E ANALGESIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

INDICADOR 17 - SEDAÇÃO E ANALGESIA NOS CENTROS DE HEMODINÂMICA

INDICADOR 18 - SEDAÇÃO E ANALGESIA DAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA

INDICADOR 19 - SEDAÇÃO E ANALGESIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INDICADOR 20 - SEDAÇÃO E ANALGESIA NO SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA

INDICADOR 21 - ÚLCERAS POR PRESSÃO

AMBULATÓRIO

INDICADOR 1 - REGRESSOS NÃO PROGRAMADOS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INDICADOR 2 - TEMPO DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INDICADOR 3 - DISCREPÂNCIA DA RADIOLOGIA E CUIDADOS AO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INDICADOR 4 - DOENTES QUE ABANDONAM O SERVIÇO DE URGÊNCIA

INDICADOR 5 –CANCELAMENTO DE PROCEDIMENTOS DE AMBULATÓRIO

6. ACREDITAÇÃO HOSPITALAR *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL*

A *Joint Commission International (JCI)* é uma filial da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)*, sendo ambas corporações não lucrativas norte-americanas. É considerada a maior entidade acreditadora de organizações de saúde nos Estados Unidos, avaliando actualmente cerca de 20.000 programas de saúde através de um processo voluntário de Acreditação.

A JCAHO e a sua organização antecessora têm uma experiência de mais de 75 anos no domínio da acreditação de hospitais.

A *Joint Commission International* estabelecerá uma parceria com uma organização, que fará o acompanhamento da implementação da estrutura de acreditação no Hospital, estabelecendo directrizes visando a preparação do Hospital para a auditoria.

A acreditação é um processo segundo o qual uma entidade, normalmente não governamental, independente e distinta, avalia uma organização de saúde de forma a determinar se esta satisfaz um conjunto de requisitos destinados a melhorar a qualidade dos cuidados. A acreditação é normalmente voluntária e as suas normas são normalmente vistas como muito favoráveis e alcançáveis. A acreditação proporciona

um compromisso visível por parte de uma organização no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente, de garantir um ambiente seguro e de trabalhar continuamente de forma a reduzir riscos para os doentes e para os profissionais. A acreditação conquistou interesse por todo o mundo como uma avaliação eficaz da qualidade e como uma ferramenta de gestão.

A *Joint Commission International* (JCI) é uma nova iniciativa criada para responder a uma exigência crescente de normas baseadas na avaliação da saúde em todo o mundo. O propósito desta iniciativa é oferecer à comunidade internacional um processo objectivo, baseado em normas, para avaliar as organizações de saúde. O objectivo do programa é estimular a demonstração da melhoria contínua e sustentada nas organizações de saúde aplicando normas e indicadores internacionais de consenso. Os serviços de acreditação baseiam-se numa estrutura internacional de normas adaptável às necessidades locais.

De seguida apresenta-se uma breve visão geral do programa da JCI:

- A base do programa de acreditação são as normas internacionais de consenso.
- A filosofia fundamental das normas é baseada em princípios de gestão da qualidade e melhoria contínua da mesma.
- Normas identificadas como obrigatórias têm ser cumpridas por cada organização que procura ser acreditada. Estas normas estão a negrito em cada capítulo.
- O processo de acreditação é criado de forma a integrar factores legais, religiosos e/ ou culturais dentro de um país. Embora venham a existir normas uniformes e rigorosas para os cuidados e segurança do doente, as considerações específicas de cada país para estes factores farão parte do processo de acreditação.
- A equipa de auditoria no local e a agenda irão variar consoante o tamanho da organização e o tipo de serviços prestados. Por exemplo, um grande hospital universitário poderá precisar de uma auditoria de quatro dias por parte de um médico, um enfermeiro e um administrador, enquanto que um hospital regional ou social mais pequeno poderá precisar de uma auditoria de dois/ três dias.
- A *Joint Commission International* é criada para ser válida, fidedigna e objectiva. As decisões finais de acreditação serão feitas por um comité internacional de acreditação com base na análise dos resultados da auditoria.

Qualquer organização de saúde pode candidatar-se à Joint Commission International se cumprir os seguintes requisitos:

- A organização está actualmente em funcionamento como provedora de saúde no país e tem licença para tal (se exigido);
- A organização assume, ou está disposta a assumir, responsabilidade para melhorar a qualidade dos seus cuidados e serviços;
- A organização proporciona serviços dirigidos pelas normas da JCI.

O Sistema de Acreditação Hospitalar abrange a globalidade da estrutura dos Hospitais incluindo os serviços clínicos, os serviços de apoio clínico, os serviços administrativos, logísticos e de apoio geral.

A base do programa de Acreditação são as normas internacionais instituídas pela *Joint Commission International* dividindo-se 11 funções em duas secções:

a) As normas que satisfazem directamente as necessidades do doente:

- Acesso e continuidade de cuidados - ACC;
- Direitos do doente e da família - PFR;
- Avaliação dos doentes - AOP;
- Cuidados prestados aos doentes - COP;
- Educação do doente e da família - PFE.

b) As normas aplicáveis às funções da organização que apoiam as funções de cuidados prestados ao doente:

- Administração, Chefia e Direcção - GDL;
- Qualificações dos Profissionais (Gestão de Recursos Humanos) - SQE;
- Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente - QPS;
- Prevenção e Controlo de Infecções - PCI;
- Gestão da Segurança das Instalações - FMS;
- Gestão da Informação - MOI.

O Acreditação JCI implica o apoio de uma entidade parceira a designar pela *Joint Commission International* para o desenvolvimento das seguintes actividades:

- Apresentação da metodologia e do Manual de Padrões de Acreditação;
- Sensibilização da Gestão de Topo;
- Constituição do grupo facilitador;
- Elaboração e desenvolvimento do programa de educação do hospital;
- Auto-avaliação;
- Pesquisa de opinião de doentes e funcionários;
- Preparação do hospital para a avaliação;
- Estabelecimento da agenda para a avaliação;
- Avaliação de diagnóstico;
- Discussão do relatório e recomendações;
- Elaboração do plano de acção (programa de gestão) para a conformidade com os padrões;
- Implementação das acções correctivas;
- Avaliação simulada;
- Continuidade das acções correctivas;
- Avaliação para Acreditação.

Visando o cumprimento das normas referidas, procede-se ao desenvolvimento das seguintes actividades:

Actividade 1 - Criação de uma estrutura documental, que englobe:

1) Indicadores de Qualidade

Definição dos processos clínicos e administrativos e respectivos indicadores objecto de monitorização, garantindo o acompanhamento e avaliação do desempenho das estruturas, processos e resultados clínicos e de gestão, com base na missão, nas necessidades dos utentes e dos serviços.

2) Planos Organizacionais

Desenvolvimento de 5 Planos Organizacionais que contemplem as opções estratégicas e as prioridades estabelecidas em cada um dos seguintes domínios:

- Melhoria da qualidade e segurança do doente;
- Administração, chefia e direcção;
- Gestão do ambiente e segurança;
- Gestão de recursos humanos;
- Gestão da informação.

3) Políticas e Procedimentos, Documentos Escritos ou Contratos Necessários

Desenvolvimento do sistema documental de suporte à comprovação dos padrões, através de políticas, procedimentos, documentos escritos ou contratos para as seguintes áreas:

- Acesso e continuidade de cuidados;
- Direitos do doente e da família;
- Avaliação de doentes;
- Cuidados prestados aos doentes;
- Administração, Chefia e Direcção;
- Gestão do Ambiente e Segurança;
- Educação e Qualificação dos Profissionais;
- Gestão da Informação.

4) Quadro da Legislação

Os padrões internacionais para os Hospitais foram concebidos para serem avaliados no contexto da legislação vigente nos respectivos países.

O processo de Acreditação prevê o preenchimento de um quadro que faça referência à legislação em vigor, para que o Hospital esteja familiarizado com os padrões específicos e legislação que faça referência a esses mesmos padrões.

O Quadro da Legislação representa um resumo da legislação relevante correspondente a cada um dos padrões, permitindo à equipa de auditoria apreciar adequadamente os

padrões de Acreditação. Este instrumento deverá também ser utilizado para indicar situações em que existe legislação que está em conflito com o padrão.

Actividade 2 – Acções de Formação

O processo de Acreditação JCI é suportado no desenvolvimento de um Plano de Formação específico com diversas acções, com o objectivo de dotar os profissionais em diversos domínios no âmbito da Acreditação Hospitalar, nomeadamente estrutura documental, indicadores de desempenho e planos organizacionais.

Actividade 3 – Auditorias Internas

Durante o período de implementação da estrutura de Acreditação no Hospital serão levadas a cabo auditorias internas, visando aferir o grau de cumprimento dos padrões estabelecidos na Norma através de visitas aos vários Serviços Clínicos e de Suporte do Hospital, para realização de entrevistas e observação directa para a verificação rigorosa dos seguintes documentos:

- Indicadores de qualidade;
- Planos organizacionais;
- Políticas e procedimentos, documentos escritos ou contratos;
- Quadro da legislação.
- Relatórios de Inspeção do Ambiente Hospitalar;
- Formulário de revisão dos processos clínicos dos doentes;
- Formulário de revisão do processo de avaliação de competências dos profissionais

Uma organização de saúde que pretende ser acreditada inicia o seu processo de acreditação ao completar e submeter a candidatura a uma auditoria. Este documento dá informação essencial acerca da organização de saúde, incluindo a sua posse, demografia e tipos e volume de serviços prestados. A candidatura a auditoria:

- Descreve a organização que procura a acreditação;
- Exige que a organização forneça à JCI todos os registos e relatórios oficiais que tenham licença relevante, reguladora ou outros corpos governamentais;

- Autoriza a JCI a obter quaisquer registos e relatórios acerca da organização que não estejam em sua posse;
- Quando finalizada e aceite pela JCI e pelo candidato, estabelece os termos da relação entre a organização e a JCI.

A auditoria de acreditação irá avaliar a conformidade com as normas da JCI e com as suas declarações de intenção. A auditoria avalia a conformidade do Hospital com base em:

- Entrevistas com os profissionais e com os doentes, bem como outra informação verbal;
- Observações dos processos de cuidados prestados ao doente feitas pelos auditores no local;
- Políticas, procedimentos e outros documentos fornecidos pelo Hospital;
- Resultados da auto-avaliação quando esta faz parte do processo de acreditação.

Os elementos mensuráveis de uma norma são os seus requisitos e a sua declaração de intenção que irão ser revistos e aos quais será atribuída uma pontuação durante o processo de auditoria de acreditação. Os elementos mensuráveis registam apenas o que é exigido estar em total conformidade com a norma. Cada elemento já está expresso na norma ou na declaração de intenção. O registo dos elementos mensuráveis pretende dar uma maior clareza às normas, pretende ajudar as organizações a formar os profissionais acerca das mesmas e a prepará-los para a auditoria de acreditação.

O comité de acreditação da JCI toma decisões baseando-se nas conclusões da auditoria: **a) acreditado** - o Hospital demonstra uma conformidade aceitável com as normas obrigatórias e opcionais da JCI em todas as áreas ; **b) não acreditado** – O Hospital demonstra não estar em conformidade com as normas da JCI.

As decisões baseiam-se no nível de conformidade encontrado na organização em cada uma das normas aplicáveis e nas declarações de intenção na data da auditoria. Cada norma é pontuada como “satisfaz totalmente”, “satisfaz parcialmente” ou “não satisfaz”.

Após a auditoria de acreditação, o Hospital receberá, por parte da *Joint Commission International*, um Relatório Final de Acreditação e um Certificado de *Award*. Tanto o Relatório como o Certificado indicam, numérica e geograficamente, o nível de conformidade com as normas da *Joint Commission International* atingido pelo Hospital.

Um *award* de Acreditação é válido por três anos a não ser que seja revogado pela *Joint Commission International*. Ao fim do ciclo de três anos, o Hospital será submetido a auditorias de modo a ter direito à renovação do seu reconhecimento.

7. PROGRAMAS DE QUALIDADE

O Compromisso de Qualidade; Dez Princípios

O “Compromisso de Qualidade” consistiu na criação de um documento que englobe a visão, missão e valores de todos os Hospitais SA, e que represente um compromisso de qualidade para toda a Rede SA. Este documento, aprovado pela totalidade dos hospitais SA e pelo Ministro da Saúde, pretende ser um símbolo de uma nova atitude organizacional, exprimindo uma visão de progresso e de futuro, com relevo para a atenção a dar ao utente, como elemento central dos cuidados hospitalares.

Para a sua criação foram utilizadas metodologias de pesquisa qualitativa, envolvendo utentes e profissionais, de forma a obter um texto representativo e consensual. No caso concreto dos utentes, foi utilizada, em diferentes hospitais, a metodologia de grupos de discussão (focus groups) envolvendo utentes da área de cirurgia, obstetria, cardio-tórax e urgências.

Representantes das administrações dos hospitais SA participaram na elaboração do documento final através da realização de quatro reuniões de Técnica Nominal de Grupo (TNG) realizadas em Lisboa, Aveiro e Porto. As ideias geradas nestas sessões foram posteriormente validadas e hierarquizadas segundo o grau de importância pelos Directores Clínicos e Enfermeiros Directores da Rede SA.

Em resultado da integração destes contributos, o documento final do “Compromisso de Qualidade dos hospitais SA” pretende ter um significado nacional, espelhando as

necessidades e preocupações dos vários intervenientes no sector da saúde, através de um conjunto de valores e de princípios orientadores que todos os hospitais se comprometem a honrar:

1. Primado do Doente

O doente está em primeiro lugar, na nossa organização, nos nossos procedimentos, e na atenção e acção dos nossos colaboradores, respeitando-o em todas as suas dimensões: física, psicológica, emocional, social e familiar.

2. Serviço da Comunidade e Qualidade Ambiental

Estamos ao serviço da comunidade, na defesa e promoção da saúde da população sob a responsabilidade de cada hospital, na salvaguarda dos recursos colocados à nossa disposição e garantia do valor de cada acto que praticamos. Assumimos todos os dias a responsabilidade social e ambiental, comprometendo-nos a manter o equilíbrio necessário da envolvente ecológica e condições seguras de trabalho para os nossos profissionais.

3. Igualdade

Asseguramos que ninguém será beneficiado ou prejudicado em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, religião, naturalidade, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, condição social ou económica, deficiência ou orientação sexual. Respeitamos os valores e crenças pessoais do doente e neste sentido todos os profissionais são formados de forma a serem capazes de identificar os valores e crenças do doente e de proteger os seus direitos.

4. Comunicação

Procuraremos desenvolver a melhor forma de comunicação com cada doente, baseada no entendimento e confiança, dando a conhecer o nome e as funções de cada um dos nossos colaboradores, prestando informação cujo significado possa ser plenamente compreendido, saudando-o pelo seu nome, ouvindo-o sem o interromper e reconhecendo os aspectos individuais relevantes para a qualidade do serviço que nos dispomos a prestar-lhe.

5. Informação

O Hospital prestará toda a informação pertinente relacionada com as condições clínicas, tratamentos e modo de participação nas tomadas de decisão de forma clara e em linguagem perceptível. Facultaremos toda a informação necessária à prestação do consentimento informado para a realização de procedimentos de diagnóstico e de tratamento, tendo em vista o conhecimento e a participação do doente e sua família no controlo da sua situação de doença e no processo de cuidados, numa atitude de partilha de responsabilidades na decisão. A organização informa os doentes e famílias acerca dos seus direitos e responsabilidades relacionados com a recusa ou descontinuação do tratamento. O consentimento informado seguirá os procedimentos formais estabelecidos internamente e será orientado por profissionais com a devida formação.

6. Confidencialidade e Privacidade

Toda a informação identificável contida nos processos clínicos é confidencial e de acesso reservado aos profissionais que dela necessitarem para fins de tratamento. Queremos garantir ao doente a máxima privacidade. Será fornecida uma cópia do processo clínico ao doente, pelo simples custo do acto.

7. Humanização

Assegurar o nível de conforto, limpeza, segurança e comunicação que permita a adequada prestação de cuidados num ambiente humanizado, que preserve a privacidade e a dignidade de utentes e familiares.

8. Reclamações

A apresentação de reclamações sobre os cuidados recebidos ou o serviço prestado, sem medo de represálias, é um direito reconhecido a cada doente. A cada reclamação o hospital responderá por escrito e em tempo útil, promovendo caso necessário as respectivas correcções ou melhorias internas. A organização informa os doentes e famílias acerca do seu processo para receber e agir perante queixas, conflitos e diferenças de opinião sobre os cuidados prestados ao doente e sobre o direito do doente em participar nestes processos. Cada reclamação pode ser uma oportunidade de melhoria.

9. Acesso e Continuidade de Cuidados

Para cada situação de doença estabelecemos um programa de diagnóstico e de tratamento, numa visão integrada de cuidados, de forma a que o processo não sofra interrupções e cada doente receba, com conhecimento pessoal e atempado, as prestações apropriadas à sua situação dentro e fora da organização. A organização tem um processo de admissão de doentes na organização sendo dada prioridade para avaliação e para tratamento a doentes com necessidades urgentes ou imediatas. No momento de admissão, a organização dá a seguinte informação aos doentes e aos respectivos familiares ou àqueles que tomam decisões pelo doente: informação sobre o cuidado proposto, os resultados esperados desses cuidados e qualquer custo previsto para o doente.

10. Ética

Cada hospital assegura a existência de uma comissão de ética com a missão de assegurar o cumprimento dos valores assumidos pelo hospital.

Projecto Atenção - Melhorar a Cultura de Serviço ao Utente

O Projecto Atenção tem por objectivo apoiar os hospitais SA ao nível de ferramentas metodológicas e de diagnóstico que permitam assegurar a melhoria contínua do serviço ao utente. Pretende-se reforçar a cultura de serviço, envolvendo todos os profissionais no desenvolvimento de uma organização centrada no utente, e capaz de alcançar os objectivos propostos pelo projecto de empresarialização.

Neste contexto, e porque a imagem de um hospital se constrói todos os dias através daqueles que nele trabalham, é fundamental não apenas sensibilizar os profissionais para a mudança, mas garantir o seu envolvimento e comprometimento, na certeza de que o seu contributo é absolutamente crucial para a satisfação dos utentes. Por conseguinte, como medida destinada a alcançar o objectivo de reforço da cultura de serviço nos hospitais SA, o Projecto Atenção organizou nos 31 hospitais da Rede SA uma sessão de formação intitulada ‘Gestão de Momentos de Verdade’, vocacionada para equipas multidisciplinares.

Estas equipas eram constituídas por cerca de 12 a 20 participantes distribuídos por diferentes categorias profissionais: Presidente ou vogal do Conselho de

Administração, Director Clínico, Enfermeiro Director; administrador da área de gestão de utentes, director de serviço de urgência, gestor da qualidade, responsável do gabinete do utente, responsável de comunicação do hospital, representantes do pessoal administrativo, e outros profissionais do corpo médico ou de enfermagem.

As sessões de trabalho tiveram por objectivo sensibilizar os distintos profissionais para a necessidade de aplicar os conceitos básicos da gestão da qualidade do serviço, identificar e gerir os momentos de verdade numa organização hospitalar, e definir formas possíveis de intervenção. A nível das atitudes, pretendeu-se criar equipas de melhoria da qualidade do serviço, envolvendo os profissionais no processo de mudança através da monitorização dos níveis de serviço em cada hospital. A nível dos conhecimentos, apresentaram-se os conceitos básicos da gestão da qualidade do serviço e as possíveis formas de actuação através de uma correcta e eficaz gestão dos “momentos de verdade”.

Através das sessões de “Gestão de Momentos de Verdade”, o Projecto Atenção permitiu proceder ao levantamento da situação inicial de cada hospital no que respeita às estratégias para a melhoria do serviço, definindo um grupo de hospitais de referência que funcionam como exemplo para os restantes. A criação de mecanismos de avaliação regular dos níveis de serviço permite criar um sistema de alertas que identifica situações urgentes de melhoria através da realização de inquéritos de satisfação aos utentes e de reuniões semestrais de avaliação do programa.

O acompanhamento das Sessões “Momentos de Verdade” foi feito através de um fórum online. Após cada sessão, os participantes tiveram a possibilidade de aceder a um site de Internet para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências com todos os hospitais da Rede SA. A avaliação das sessões de trabalho foi feita através de uma grelha de auto-avaliação dos níveis de serviço em cada hospital com base na definição de elementos chave na percepção dos utentes, tendo sido elaborado um relatório final do processo de avaliação por hospital, um relatório final do ponto de situação global da Rede SA e um plano de acção para a melhoria dos níveis de serviço.

A investigação na gestão da qualidade e aplicada aos Hospitais SA

De acordo com um estudo do Centro de Estatística e Gestão de Informação do Instituto Superior de Estatística e Gestão da Informação da Universidade Nova de Lisboa (CEGI), o desempenho médio dos Hospitais SA relativamente à qualidade percebida e satisfação do utente é notável já que todos os índices de satisfação são superiores a 60 e a maioria é mesmo superior a 80; os hospitais de especialidade apresentam os valores mais elevados, verificam-se diferenças de desempenho entre diferentes hospitais, sendo particularmente significativas nos casos do tratamento de reclamações, da alimentação e das instalações.

A metodologia adoptada consistiu na realização de um inquérito de amostragem junto dos utentes e, em seguida a estimação de um modelo de satisfação do utente.

Relativamente ao inquérito por amostragem, as principais características são:

- População alvo: Utentes, com idade compreendida entre 15 e 75 anos que estiveram pelo menos uma vez internados nos hospitais SA no primeiro trimestre de 2003;
- Dimensão da amostra: Foram realizadas, entre Janeiro e Fevereiro de 2004, 11808 entrevistas telefónica seleccionadas aleatoriamente;
- Controlo de qualidade das entrevistas: Supervisão directa das entrevistas, reentrevista a cinco por cento da amostra e validação dos dados recolhidos;
- Questionário: O questionário contém 45 questões, sendo em geral adoptada a escala de respostas de 1 a 10. O questionário foi testado através do lançamento de um inquérito piloto.

No âmbito da concepção do Modelo de Satisfação do Utente, engloba-se o modelo estrutural e o modelo de medida. O modelo estrutural, relaciona as 15 variáveis latentes ou não observadas. A satisfação é a variável central do modelo, tendo como consequente, a lealdade do utente e como antecedentes as restantes 13 variáveis associadas à imagem, expectativas e às várias dimensões de qualidade de serviço.

As 15 variáveis latentes do modelo estrutural não são observadas, tendo de ser associadas às variáveis de medida obtidas a partir das respostas aos questionários. O

do qual têm sido produzidos resultados relativos à qualidade de serviço e satisfação do cliente de diversos sectores de actividade da economia Portuguesa.

O apoio metodológico foi assegurado pelo ISEGI que estabeleceu um programa de controlo e avaliação da qualidade deste estudo, nomeadamente na concepção dos questionários, apoio científico e validação do plano de sondagem, controlo e avaliação da qualidade da recolha de dados, concepção e estimativa de um modelo explicativo da satisfação do utente dos hospitais SA e estimativa e análise dos resultados obtidos.

O inquérito incidiu sobre uma amostra total de 11.808 utentes com um ou mais episódios de internamento durante o primeiro trimestre de 2003, o que permitiu garantir a representatividade na Rede SA estatística das amostras individuais por hospital.

Este projecto permitirá a cada hospital identificar áreas-chave para a satisfação dos respectivos utentes e iniciar o processo de monitorização periódica da mesma, identificando assim possíveis melhorias para o futuro através dos pontos fracos detectados.

V. INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS ENQUANTO FACTOR DE MELHORIA DA QUALIDADE EM SAÚDE

No presente capítulo propõe-se o desenvolvimento do Modelo Integrado de Gestão em Unidades de Saúde, segundo as orientações de *Best Clinical Practice*, *Clinical Governances* e as diversas Dimensões da Qualidade descritas nos diversos referenciais normativos internacionais de suporte às actividades de organização, controlo e melhoria contínua da qualidade, bem como a aplicação de ferramentas e metodologias específicas para a gestão do processo de mudança, considerando-se os seguintes pressupostos:

- A Unidade de Saúde propõe-se desenvolver um Modelo Integrado de Gestão, inserido no seu processo de gestão estratégica como garantia e apoio à gestão eficaz da sua organização e meio de reconhecimento da qualidade dos serviços de saúde prestados ao Cliente/Utente;
- Os serviços prestados englobam diversas actividades a serem objecto de planeamento, organização e controlo, de acordo com uma abordagem por processos, sistematizada em boas práticas descritas através de sistema documental específico;
- A estrutura funcional da Unidade de Saúde baseia-se na prestação de serviços de elevada componente técnico-científica, centrando a Qualidade na gestão clínica/técnica, organizacional eficaz, minimizadora de custos e desperdícios, recorrendo a recursos humanos formados e qualificados e a meios técnicos adequados que permitem garantir a qualidade dos serviços oferecidos aos Clientes/Utentes;
- O Sistema deverá ser suportado em ferramentas específicas de monitorização e medição, permitindo a avaliação de desempenho sectorial e global;
- Os Clientes/Utentes da Unidade de Saúde apresentam requisitos diferenciados de acordo com as suas necessidades, exigências e expectativas a considerar no Sistema Integrado.

A metodologia a aplicar no desenvolvimento do Sistema Integrado de Gestão baseia-se na Cultura Institucional, sendo indispensável a participação e compromisso dos responsáveis da gestão, bem como dos diversos profissionais a operar na estrutura da Unidade de Saúde.

V.1. ABORDAGEM AO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO

O Sistema de Integrado de Gestão: Qualidade, Ambiente e Segurança constitui uma ferramenta de gestão que se traduz no desenvolvimento de um modelo organizacional de acordo com as especificidades e cultura da Unidade de Saúde.

A estratégia de implementação do Modelo insere-se na adopção de um sistema de gestão descentralizado, com uma forte orientação para a Cultura da Qualidade e respectivos resultados a alcançar, abrangendo diversas dimensões-chave da função qualidade para a melhoria do desempenho da Instituição:

Figura: Dimensões da Qualidade



Neste sentido, a abordagem integrada do Sistema de Gestão e Melhoria da Qualidade e Desempenho, engloba a seguinte matriz de elementos chave, bem como as respectivas propostas de normativos associados:

A **Qualidade Clínica e Técnica** decorre da aplicação da *Clinical Governance* respeitante à implementação de normas e procedimentos de acordo com as boas práticas instituídas. O Sistema de Acreditação *Joint Commission International* (JCI) reflecte um conjunto de *standards* de aplicação à dimensão referida

A **Qualidade dos Recursos Humanos** será reforçada através de iniciativas de formação direccionadas para a qualificação dos profissionais em áreas consideradas estratégicas para os serviços, em torno de uma política de gestão de recursos humanos consistente com as necessidades dos serviços, visando o bom desempenho do Hospital e a instituição da Cultura da Qualidade. Para o efeito sugere-se a adopção dos princípios da norma ISO 9001 e requisitos técnicos específicos considerados pela JCI.

A **Qualidade da Gestão e Organização** segundo os princípios da eficiência e eficácia dos serviços, gestão por objectivos, afectação eficiente de recursos e comunicação, constitui um dos aspectos mais críticos das Instituições poderá focalizar-se nas normas da *Joint Commission International* em integração com os requisitos da Norma ISO 9001:2000, propondo-se a adopção em toda a estrutura de gestão e organização uma abordagem por processos, contemplando a monitorização de indicadores de desempenho sectorial e global bem como o *benchmarking* relativo a indicadores e boas práticas.

O sistema de gestão e organização apresenta como suportes a criação de um Manual Institucional, integrando a Política de Gestão decorrente das diversas dimensões da Qualidade, bem como uma estrutura documental geral nas funções comuns e específica para cada Serviço através da sistematização clara de procedimentos de trabalho, funções e responsabilidades.

A **Qualidade Financeira**, indispensável à sustentabilidade das Organizações, deverá adoptar os princípios da transparência e um intenso controlo de gestão que proporcione identificar e corrigir os potenciais desvios. A sensibilização para a

redução dos desperdícios, a melhoria da contratação de serviços e aquisições de produtos, o controle dos aspectos logísticos e a potenciação de co-financiamentos, poderão facilmente reflectir-se num eficiente controlo de custos.

A **Qualidade Ambiental** destinada à minimização dos aspectos ambientais significativos decorrentes da actividades hospitalar, poderá estar associada à aplicação consistente de práticas ambientais, bem como à metodologia sugerida pelo Sistema de Gestão Ambiental - Norma ISO 14001, sendo integrada na gestão operacional dos Serviços e articulando com a estratégia global em torno da Política Ambiental, desenvolvendo-se o Programa de Gestão Ambiental do Hospital em conformidade com os objectivos e requisitos legais relativos ao controlo e minimização dos impactes ambientais.

A **Qualidade em Segurança** constitui outro dos aspectos mais críticos das Instituições de saúde, tendo sido evidente os esforços das mesmas na procura de soluções específicas, ao qual em muito contribuiu o Projecto King's Fund. As orientações da JCI e da Norma OHSAS 18001- Sistema de Gestão da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, permitem o desenvolvimento de um plano de actuação transversal de prevenção e controlo efectivo dos perigos e riscos clínicos e não clínicos associados aos serviços prestados pelo Hospital, adoptando ferramentas e metodologias específicas decorrentes do enquadramento legal e normativo.

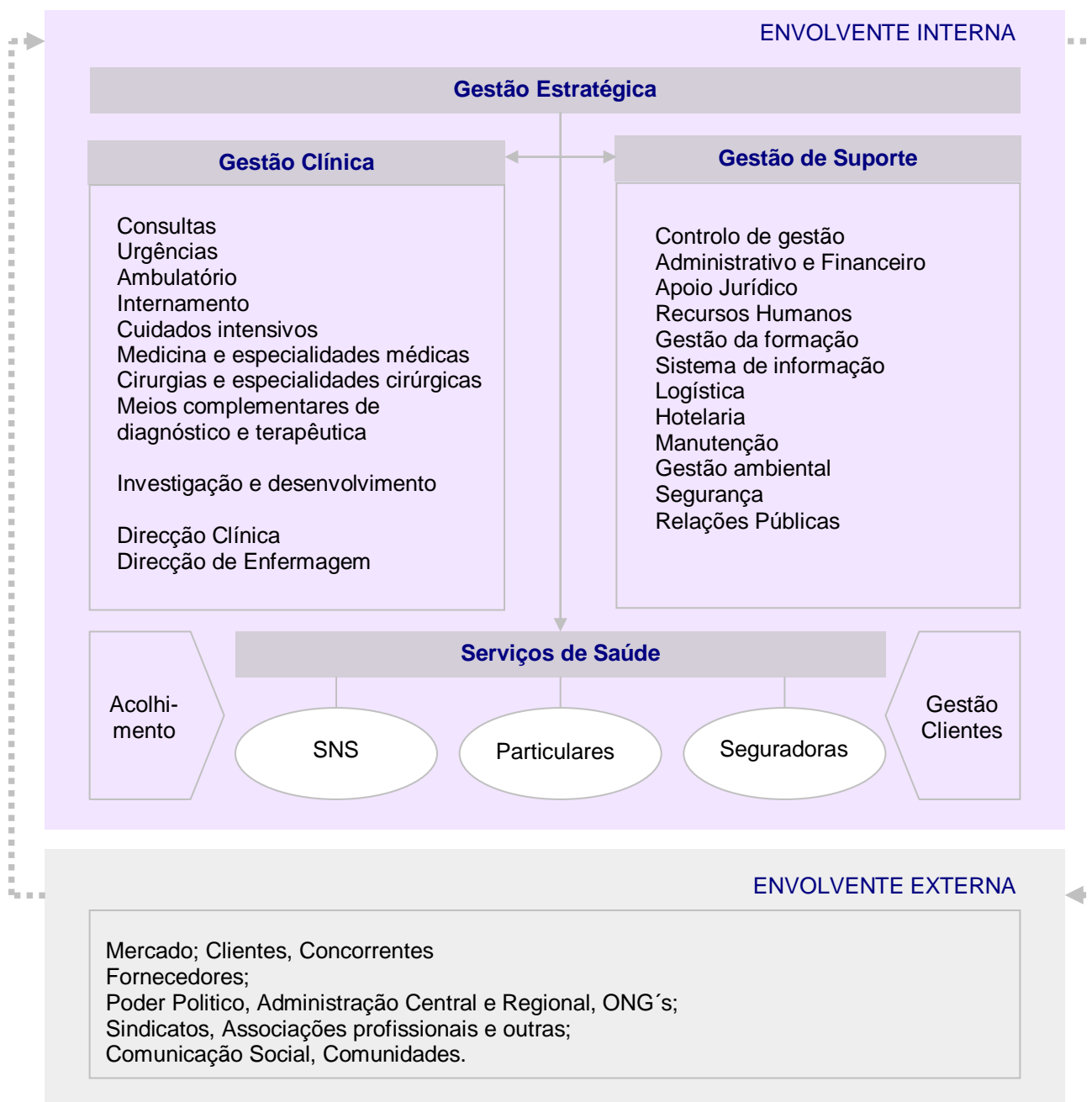
A **Qualidade Social**, apesar de se denotar os primeiros passos nesta matéria poderá ser gradualmente introduzido o desenvolvimento de uma política de responsabilidade social, baseada na Norma SA 8000, reforçando a intervenção do Hospital na comunidade local e incluindo factores de desempenho chave no Relatório e Contas relativos à prestação de contas considerada nos princípios do *Global Reporting Initiative*.

A estratégia na aplicação do Sistema de Gestão apresenta, assim a adopção de uma metodologia integrada para a implementação de um Sistema de Qualidade transversal a todos os domínios acima referidos.

O Sistema de Integrado de Gestão englobando as diversas dimensões referidas, constitui uma ferramenta de gestão que se traduz no desenvolvimento de um modelo organizacional de acordo com as especificidades e cultura da Unidade de Saúde.

Neste sentido, a abordagem integrada do Sistema de Gestão, engloba a seguinte matriz de elementos chave:

Figura: Abordagem Integrada ao Sistema de Gestão



Na formulação da estratégia, propõe-se o recurso às metodologias das Organizações *Nonprofit*, como garantia à Missão de prestação de um Serviço Público, podendo ser suportadas na formulação de *Balanced Scorecard* e planos estratégicos de actuação

em inteligência com os planos de cada um dos Serviços funcionais e respectivos objectivos.

V.2. METODOLOGIAS DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO

1. GESTÃO CLÍNICA- *CLINICAL GOVERNANCE*

A *Clinical Governance* é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados.

Envolve todos os membros da equipa de saúde pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, implica esforço conjunto, da equipa, para identificar aspectos dos cuidados que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implica responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes. Este último aspecto é bastante importante, não bastando prestar bons cuidados, mas sendo necessário demonstrá-lo, para manter a confiança dos profissionais e cidadãos.

Nos processos a governação da saúde há que distinguir dois aspectos:

- Condições gerais do processo de governação – a "governança"

Estas têm a ver com os processos através dos quais se identificam, negociam, adoptam e avaliam as regras do jogo no sistema de saúde – debruça-se sobre as relações reais entre o Estado, os interesses económicos e os mercados, as características da "sociedade civil" e comportamento dos indivíduos.

- Aspectos específicos da governação da saúde

Estes referem-se mais especificamente às estratégias de saúde, promoção e protecção da saúde, financiamento, medicamento, política de recursos humanos e para as profissões, sistemas reguladores, mediadores (contratualização, qualidade, informação) e prestadores.

2. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE – ISO 9001

Tendencialmente, em função da especificação e características de cada Organização, a Norma ISO 9001 sustenta a aplicação de um referencial básico de gestão a ser integrado nas funções específicas das competências *core* das Instituições.

Neste sentido, no enquadramento específico da saúde em análise, propõe-se a adopção das metodologias da ISO 9001 em integração com os referenciais da JCI, visando a sistematização dos processos, procedimentos e práticas de trabalho, e resultante definição de responsabilidades descentralizadas e a avaliação permanente do desempenho através de objectivos claros e mensuráveis.

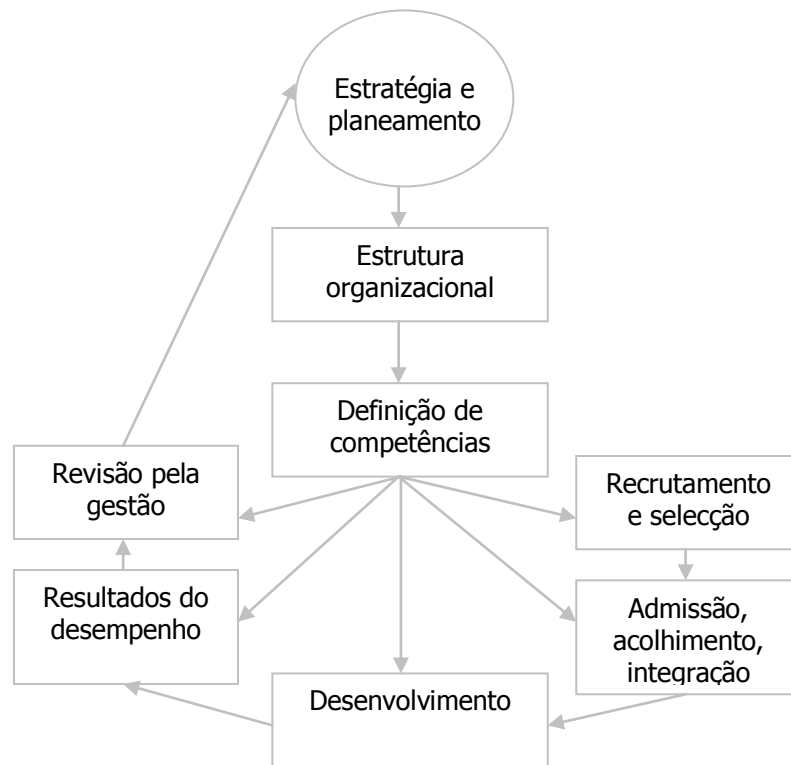
Promove-se, assim a definição do processo organizacional interno transversal baseado nas componentes: identificação dos requisitos de satisfação útil dos Clientes/Utentes; responsabilidade da gestão; gestão de recursos; prestação do serviço; medição, análise e melhoria, como forma de melhoria na eficácia da Unidade de Saúde, constituindo o reforço da qualidade dos serviços de saúde prestados.

Em complemento da abordagem da Norma ISO 9001, poderão ser implementadas outras metodologias decorrentes de orientações definidas em determinados referenciais nacionais e internacionais específicos, como sejam:

Sistema de Gestão de Recursos Humanos – NP 4427

O Sistema de Gestão de Recursos Humanos baseia-se no desenvolvimento de uma metodologia que engloba a vertente de estratégia e planeamento da função de recursos humanos suportada numa definição de competências, propondo a descrição da metodologia de recrutamento e selecção, integração, planos de desenvolvimento e avaliação de desempenho.

Figura: Estrutura da Norma NP 4427



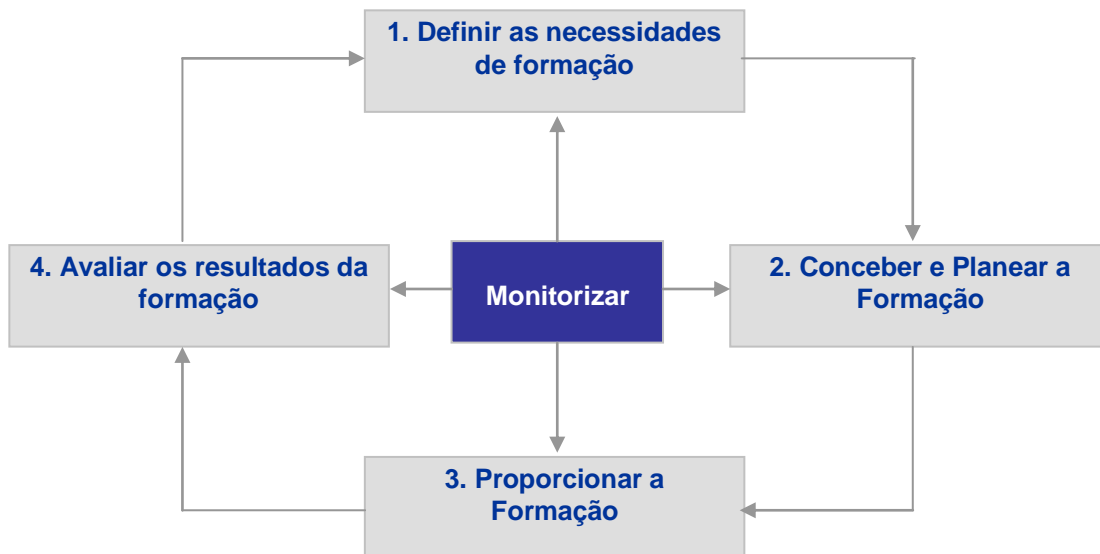
Neste sentido, a abordagem recorre à implementação de ferramentas específicas, como seja:

- Análise de funções
- Manual de funções e responsabilidades
- Manual de integração do novo colaborador
- Sistema de avaliação de desempenho
- Plano de desenvolvimento
- Sistema de remunerações e progressões

Sistema de Gestão da Formação – ISO 10015

O Sistema de Gestão da Formação proposto pela ISO 10015 suporta-se numa metodologia que decorre da identificação das necessidades de formação, concepção e planeamento das actividades formativas, organização e realização da formação e avaliação da eficácia da formação.

Figura: Estrutura da Norma ISO 10015



“Fazer da formação um investimento mais eficaz e eficiente”

A formação desempenha um papel central na gestão da mudança, sendo fundamental para o sucesso da implementação do Sistema Integrado de Gestão, proporcionando a aquisição de conhecimentos, o reforço das qualificações dos profissionais e a disseminação da Cultura da Qualidade.

A actividade formativa encarada com política de desenvolvimento de competências e estratégia para a gestão dos recursos humanos visa conceber, organizar e desenvolver acções de formação profissional direccionadas para a aquisição e desenvolvimento de competências e atitudes, cuja síntese e integração possibilitam a adopção dos comportamentos adequados a um desempenho profissional, orientado para a modernização e o desenvolvimento integrado das organizações, favorecendo a melhoria da qualidade, produtividade e da competitividade.

A metodologia do Modelo de Concepção da Formação – ADORA, proposta pelo IQF – Instituto para a Qualidade na Formação, apresenta as seguintes fases de desenvolvimento:

Figura: Modelo de Concepção da Formação - ADORA



Quadro: Metodologia ADORA

Fase	Processo	Resultados do Processo
FASE I – Analisar os contextos de partida	Processo I - Analisar competências referenciadas a contextos de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caracterização dos contextos de partida; ▪ Identificação de competências críticas (a desenvolver através da formação); ▪ Identificação de requisitos de desempenho associados a competências críticas; ▪ Sinalização de competências a desenvolver por outras vias que não a formação; ▪ Identificação do perfil de entrada do participante na formação
	Processo II – Construir objectivos de aprendizagem válidos (adequados a públicos e contextos bem determinados)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação e descrição de objectivos gerais e específicos da formação, com clarificação de: comportamentos esperados; condições para a concretização de objectivos; critérios de êxito associados a cada um dos objectivos.
	Processo I - Agregar objectivos de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do tipo de saber associado a cada objectivo de aprendizagem; ▪ Formas de organizar a formação e desenvolver na

FASE II – Desenhar a proposta formativa	aprendizagem por domínios do saber e formas de organizar a formação	<p>proposta pedagógica;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matriz com objectivos agregados por domínios do saber e formas de organizar a formação
	Processo II – Desenhar itinerários de aprendizagem por módulos e ajustados a públicos e contextos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão das condições de partida; ▪ Propostas de sequências de objectivos e respectiva integração em módulos de formação; ▪ Definição do percurso pedagógico a desenvolver (sequência) e respectivos momentos de avaliação;
FASE III– Organizar as sequências pedagógicas	Processo I - Definir sequências de conteúdos e respectivos saberes a adquirir/desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estruturação dos módulos com definição de sequências de conteúdos; ▪ Matriz com identificação do tipo de conteúdo a integrar em cada um dos módulos
	Processo II – Seleccionar estratégias de aprendizagem adequadas ao público alvo e aos contextos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de métodos pedagógicos a aplicar na formação por cada modulo; ▪ Definição de estratégias de aprendizagem por módulo
FASE IV– Realizar recursos técnico-pedagógicos e preparar equipamentos de apoio	Processo I – Conceber, validar e produzir recursos técnico-pedagógicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os recursos técnico-pedagógicos e suportes de apoio a utilizar/explorar em cada módulo formativo (construção de matriz); ▪ Orientações críticas para a exploração de recursos técnico-pedagógicos e suportes de apoio, se necessário; ▪ Disponibilização e uma ficha técnica para caracterização de cada recurso técnico pedagógico a utilizar;
	Processo II - Estruturar, validar e produzir guiões pedagógicos de apoio ao formador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição da estrutura do guião pedagógico dirigido ao formador; ▪ Definição do conteúdo a desenvolver em cada elemento do guião pedagógico; ▪ Apresentação de planos de sessão, a aplicar nos módulos formativos; ▪ Eventuais orientações metodológicas para exploração de planos de sessão

	Processo III - Produzir ajudas ao trabalho adequadas aos públicos e contextos de trabalho específicos	▪ Orientações específicas para a construção de ajudas ao trabalho;
FASE V– Avaliar a estratégica pedagógica	Processo I – Definir a estratégia avaliativa	▪ Estratégia avaliativa a aplicar à proposta pedagógica.

Sistema de Segurança Alimentar HACCP DS 3027 – Análise de Riscos e Pontos Críticos de Controlo

Em suporte às actividades de restauração da Unidade de Saúde e como garantia à segurança alimentar propõe-se o desenvolvimento ou a exigência aos parceiros institucionais da certificação do Sistema HACCP.

Neste sentido, a implementação de um Plano HACCP permitirá a identificação dos perigos significativos, as etapas e pontos de controlo sistemático e os limites críticos a serem observados, demonstrando-se a garantia da segurança alimentar proporcionada aos Clientes externos e internos.

Dispositivos de Monitorização e Medição – NP EN 30012-1

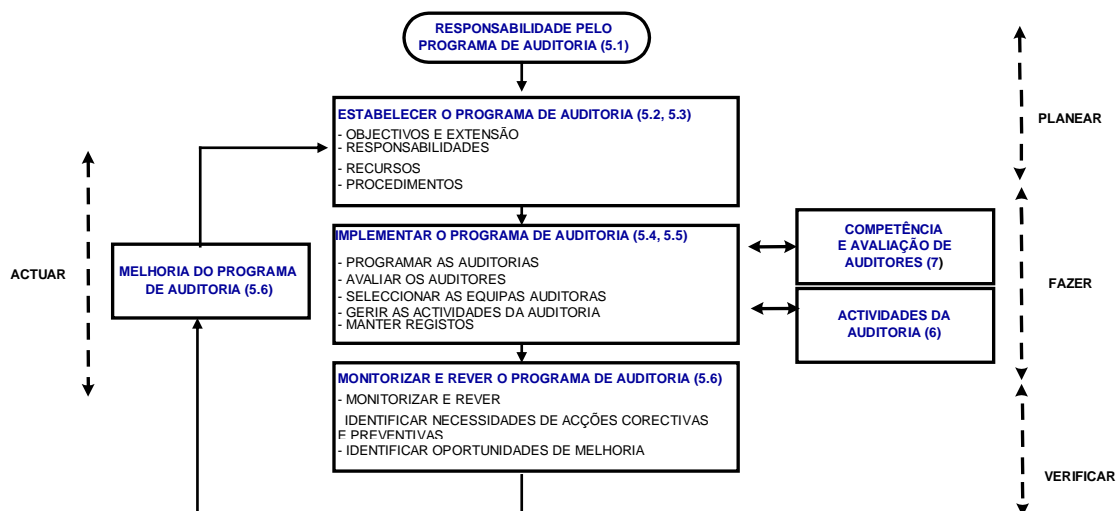
O controlo dos dispositivos de monitorização e medição relativos aos equipamentos traduz-se na concretização de um plano de calibrações e medições periódicas em função da manutenção preventiva, recorrendo às orientações dos fabricantes, bem como ao sistema de metrologia legal aplicável

Gestão do Programa de Auditorias – ISO 19011

A adequada gestão do programa de auditorias enquanto ferramenta de avaliação e melhoria contínua decorre da aplicação de princípios que permitam evidenciar o desenvolvimento de um processo sistemático, independente e documentado, para

obter evidências de auditoria e respectiva avaliação objectiva, determinando em que medida os critérios da auditoria são satisfeitos.

Figura: Estrutura da Norma 19011



Gestão da Comunicação

A eficácia do sistema interno de comunicação e partilha de informação pressupõe a identificação dos fluxos e suportes de comunicação adequados, bem como a caracterização e actualização permanente da documentação externa relevante por forma a constituir um efectivo suporte às actividades desenvolvidas.

Sistema de Gestão da Informação – NP 3003

O sistema de gestão da informação de carácter transversal ou específico será objecto de análise relativamente à definição das actividades necessárias à adequada garantia da protecção, confidencialidade, acesso, controlo e manutenção da informação.

A Sociedade da Informação é uma realidade cada vez mais marcante e abrangente que a todos diz respeito. Os Sistemas de Saúde, complexas redes de interacção entre diversos intervenientes, muito têm a lucrar com o potencial que as Tecnologias de

Informação representam na promoção das comunicações, na partilha de informação e na transacção electrónica.

"A expressão 'Sociedade da Informação' refere-se a um modo de desenvolvimento social e económico em que a aquisição, armazenamento, processamento, valorização, transmissão, distribuição e disseminação de informação conducente à criação de conhecimento e à satisfação das necessidades dos cidadãos e das empresas, desempenham um papel central na actividade económica, na criação de riqueza, na definição da qualidade de vida dos cidadãos e das suas práticas culturais." (In "Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal")

O alargamento das redes digitais de informação, traves-mestras da Sociedade da Informação, abriu novos horizontes ao planeamento e conceptualização de Sistemas de Informação, que levam agora em conta o ambiente em que a organização se insere, integrando, em tempo real, toda a cadeia de valor, reforçando os laços entre clientes, parceiros e fornecedores e, em última análise, modificando o modelo de negócios de diversos sectores da economia mundial.

O sector da Saúde, intensivo no recurso à informação, não constitui excepção. Novas relações serão estabelecidas ou reforçadas entre os diversos intervenientes dos Sistemas de Saúde, permitindo:

- o estabelecimento de novos canais com os consumidores, disponibilizando-lhes mais informação e introduzindo inovadoras formas de prestação de cuidados, mais acessíveis, mais eficazes e mais centradas nas suas necessidades;
- o desenvolvimento de novas práticas colaborativas de trabalho, formação e investigação, mais flexíveis, contínuas e direccionadas às necessidades do dia a dia;
- a introdução de novos processos de transacções, entre os diversos intervenientes na cadeia de valor, mais rápidos, eficientes e transparentes;
- a recolha, partilha e integração de informação proveniente de fontes dispersas e a melhoria da tomada de decisões em saúde.

O Sistema de Saúde Português necessita de um conjunto de reformas que o permitam alinhar segundo novos paradigmas de eficácia, eficiência e qualidade, orientando-se para o cidadão e assegurando a integração e continuidade dos cuidados, nomeadamente:

- Informar o cidadão acerca das questões relacionadas com saúde, doença e respectivos determinantes, assim como acerca do seu Sistema de Saúde e recolher as suas expectativas e avaliações por forma a adaptar o Sistema às suas preferências;
- Adaptar a rede prestadora às reais necessidades da população, reforçando as componentes de prevenção e de cuidados continuados e torná-la mais eficiente e equitativa, reduzindo assimetrias regionais e promovendo a integração público-privado;
- Desburocratizar e reforçar a capacidade gestora das redes de prestadores, baseando-as na normalização de processos, na avaliação de indicadores de eficácia e qualidade e no recurso efectivo ao conhecimento e evidência científica.

As Tecnologias de Informação jogam um importante papel na realização destas reformas, podendo disponibilizar um conjunto de soluções inovadoras para a melhoria da qualidade, do acesso e da eficiência do sector da saúde, constituindo exemplos destas iniciativas:

- os Contact Centers que, através da integração dos canais telefónico e Internet, disponibilizem meios mais acessíveis ao cidadão para o melhor conhecimento do seu Sistema de Saúde e para o aumento da sua participação através de inquéritos, avaliações e fóruns de debate. Estes novos canais podem também fornecer apoio na utilização do Sistema, nomeadamente na triagem, encaminhamento e agendamento de cuidados de saúde, promovendo o acesso e a eficiência do Sistema através de uma mais correcta utilização (por exemplo redução de falsas urgências hospitalares) e, noutros casos, promovendo a eficácia do sistema (permitindo o atendimento mais célere de situações complicadas ou promovendo os auto-cuidados);

- Portais de Informação que suportem a educação de promoção da saúde e prevenção da doença com vista à redução da incidência das doenças degenerativas multifactorias, principais causas de morte em Portugal, e suportem também a educação, acompanhamento e apoio dos doentes crónicos e de grupos específicos (como a mulher grávida, os jovens pais ou os idosos) com vista ao aumento da qualidade de vida destes grupos e ao aumento da eficiência do Sistema de Saúde;
- Sistemas de Educação Online e Comunidades Virtuais que implementem meios mais eficientes da adequação contínua dos profissionais de saúde à realidade em permanente mutação, acelerando o conhecimento, eliminando barreiras espaciais e temporais, aproximando os profissionais entre si e a instituições de conhecimento, investigação e ensino e, em última análise, aumentem a satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados de saúde;
- Sistemas de Partilha de Informação Clínica e Telemedicina que constituam ferramentas para a optimização do fluxo de trabalho e para a eficácia e qualidade dos cuidados prestados através da disponibilização aos prestadores de melhor e mais completa informação do paciente e do apoio à decisão clínica. A partilha de informação clínica entre prestadores possibilita ainda o aumento da eficiência dos processos de interacção entre duas entidades (por exemplo na referenciação ou na recepção de resultados de exames) e o aumento da equidade do acesso a cuidados diferenciados através do recurso a teleconsultas ou telediagnósticos;
- Sistemas de Transacções Electrónicas que permitam desmaterializar documentos, como sendo receitas de medicamentos, requisições de exames ou facturas, e automatizar as transacções administrativas e financeiras em formato electrónico, obtendo ganhos ao nível do conforto e conveniência dos consumidores, da rapidez, eficiência e transparência dos processos, da qualidade da informação e da possibilidade da sua análise para controlo, detecção de situações anómalas e suporte à decisão

Guias e Normas de Aplicação Específica (alguns exemplos):

Esterilização – ISO 14937, NP EN 550

Dispositivos médicos – gestão do risco ISO 14971

Laboratórios – Manual de Boas Práticas Laboratoriais; ISO 17025 – Requisitos de Acreditação para Laboratórios de Ensaio e Metrologia; ISO 15189 – Requisitos de Acreditação para Laboratórios Clínicos

Farmácia – Boas Práticas de Farmácia e orientações da Ordem dos Farmacêuticos

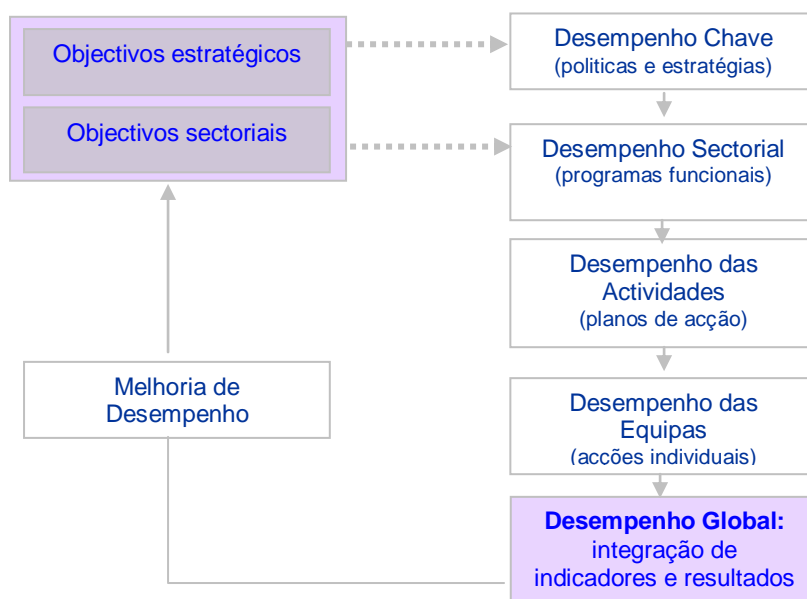
Imunohemoterapia – orientações da AABB

Anatomia Patológica – orientações do Royal College of Pathologists

3. GESTÃO POR OBJECTIVOS

No âmbito da avaliação de desempenho o Sistema propõe o desenvolvimento de uma abordagem integrada em função do desdobramento dos objectivos estratégicos para as diversas áreas funcionais na Unidade de Saúde:

Figura: Desdobramento dos Objectivos



Relativamente às actividades específicas de avaliação de desempenho e eficácia dos Sistemas de Gestão da Qualidade, Ambiente e Segurança, os referenciais normativos definem as seguintes metodologias:

- Revisão do Sistema - tem como objectivo analisar a adequabilidade e a eficácia do Sistema implementado, bem como a prossecução dos objectivos definidos, permitindo, deste modo, definir acções no sentido da melhoria contínua.

- Indicadores, objectivos e resultados dos processos clínicos e organizacionais, bem como a eficácia das acções implementadas para a concretização dos objectivos.
- Indicadores, objectivos e resultados da avaliação da satisfação dos Clientes/Utentes e colaboradores das suas sugestões e reclamações.
- Eficácia das acções correctivas implementadas em função das não conformidades detectadas
- Eficácia das acções preventivas detectadas
- Eficácia das acções de formação realizadas
- Auditorias Internas e acções de melhoria implementadas
- Processos de Certificação por parte de Entidades Certificadoras independentes e acreditadas

Em complemento o *Benchmarking* poderá ser aplicado à análise evolutiva dos indicadores estabelecendo processos comparativos em função da desejada melhoria contínua.

No processo de definição de objectivos, propõe-se a técnica de formulação “SMART”, a qual permite uma definição ajustada à realidade organizacional, englobando as seguintes características:

S – específico Objectivo orientado para um resultado concreto, claro e preciso

M – mensurável Objectivos que implicam comportamentos mensuráveis através de indicadores definidos previamente.

A – ambiciosos Objectivos acordados entre as partes, proporcionando o compromisso ambicioso.

R – realista Objectivos definidos tendo em conta os recursos existentes, passíveis de serem atingidos

T – temporizados Objectivos com uma data ou período de tempo associado

A gestão por objectivos implica a adopção de um modelo de gestão com base na análise dos resultados em função da evolução da monitorização dos indicadores.

Relativamente ao Modelo de Avaliação do Desempenho dos contributos individuais e/ou equipas, sugere-se o SIADAP, em fase de implementação na administração pública ou semelhante.

Figura: SIADAP



4. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

No âmbito da implementação sustentada de um Sistema de Gestão integrado, propõe-se o desenho de uma metodologia contemplando as seguintes grandes áreas de acção:

I – PLANEAMENTO E CONCEPÇÃO

Em função da análise dos elementos e informações funcionais sobre os serviços, recursos humanos e materiais utilizados, será desenvolvido o planeamento do projecto de implementação do Sistema, indicando as actividades a desenvolver, responsáveis e intervenientes e prazos para a realização das mesmas.

A concepção do Sistema, visa a definição do modelo organizacional, da estrutura documental e ferramentas de gestão, controlo e avaliação associadas às actividades.

II – FORMAÇÃO

A implementação de um modelo organizacional integrado, pressupõe o envolvimento dos colaboradores no desenvolvimento e aplicação das práticas instituídas através do desenvolvimento de um Projecto Formativo que permitirá o conhecimento das práticas e metodologias a implantar e da necessária qualificação no desempenho de tarefas sistematizadas para a garantia da qualidade dos serviços prestados pela Instituição de Saúde.

III – DESENVOLVIMENTO

Na fase de desenvolvimento do Sistema, estabelece-se a descrição da estrutura documental, nomeadamente os processos, programas, práticas, procedimentos e registos associados à adequada operacionalização das actividades.

IV – IMPLEMENTAÇÃO

A implementação engloba o acompanhamento da aplicação, controlo e verificação da eficácia das práticas e procedimentos desenvolvidos em contexto de trabalho no âmbito das diversas funções dos Sistemas.

V – AUDITORIAS INTERNAS

As auditorias internas têm por objectivo verificar a conformidade do sistema documental desenvolvido face às práticas instituídas, de acordo com os objectivos da Instituição e referenciais normativos. Constituem um processo de avaliação independente, sistemático e pedagógico através da detecção de oportunidades de melhoria.

VI – AUDITORIA EXTERNA

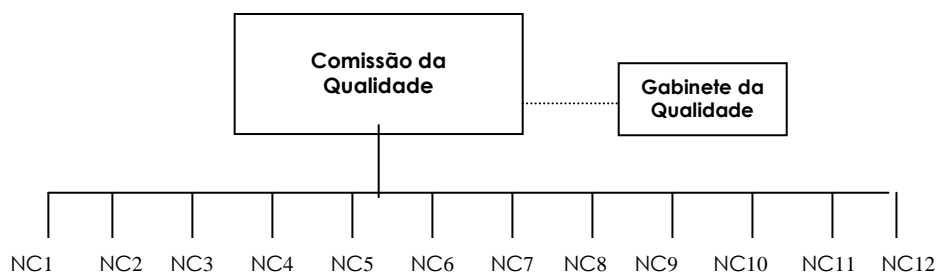
A Unidade de Saúde poderá desenvolver os processos de certificação e/ou acreditação, submetendo-se à apreciação da conformidade dos Sistemas implementados por parte de uma Entidade Certificadora/Acreditadora independente e acreditada para o efeito.

VII – CONTINUIDADE

A continuidade e melhoria permanente do Sistema pressupõe a validação anual dos Sistemas implementados mediante Auditorias Internas e Externas, como garantia à manutenção, revisão, actualização (de práticas e referenciais normativos) e melhoria de metodologias inerentes à evolução do sistema organizacional da Unidade de Saúde.

A gestão e coordenação do processo deverá contar com uma equipa de profissionais em apoio permanente às actividades descritas, garantindo a articulação transversal das estratégias junto dos diversos Serviços do Hospital.

Apresenta-se uma proposta de estrutura organizativa para a Equipa da Qualidade:



NC – Núcleos da Qualidade, em função dos critérios da JCI

A Comissão da Qualidade (“*Thinkers*”) tem por objectivo a concretização da Missão e Princípios da Qualidade do Hospital, integrando as funções de coordenação e garantia

do desenvolvimento dos processos, acompanhamento e apresentação dos resultados, sendo suportada pelo Gabinete da Qualidade (“*Doers*”) na realização das diversas actividades operacionais de âmbito transversal

Os Núcleos da Qualidade serão formados por equipas multidisciplinares, seleccionadas em função das matérias relativas aos critérios da JCI, sendo coordenadas por um líder (“*Doers*”). Estes Núcleos serão responsáveis por colaborar com os diversos Serviços na implementação das normas de qualidade nas respectivas áreas, assim como em apoiar no desenvolvimento da estrutura documental referente ao Sistema de Gestão.

VI. CONCLUSÃO

O presente estudo permite demonstrar que os Sistemas Integrados de Gestão (Qualidade, Ambiente, Segurança e Responsabilidade Social), em articulação com os sistemas específicos da Saúde, como a *Clinical Governance* e *Joint Commission International*, constituem um meio por excelência de monitorização e de melhoria contínua, num quadro de responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde, num sector em que as novas regras de gestão, visam a Qualidade, Competitividade e Optimização de Recursos.

Apesar de se verificar uma tendência de contestação, na utilização de instrumentos de gestão empresarial ao serviço das Instituições Públicas, estes são, actualmente, os que mecanismos tendencialmente aplicados pelas referidas Organizações, devidamente ajustados às reais necessidades de aumento da eficiência, redução de custos e qualidade dos serviços públicos que, por se tratarem de instituições de carácter “non profit”, e de enorme complexidade, tenderão a desenvolver estas ferramentas na procura de um melhor desempenho.

Assim, como em todas as mudanças, continuaremos a assistir a fortes resistências, as quais se irão diluindo no tempo, quando for possível verificar os resultados positivos e os correspondentes ganhos na aprendizagem obtida.

VII. BIBLIOGRAFIA

III Seminário – “A Gestão Ambiental na Industria Portuguesa”, Elaborado por Ambi 22, Novembro de 2000.

XV Governo Constitucional – “Linhas de Orientação para a Reforma da Administração Pública”, disponível em www.rap.gov.pt

Almeida, I. (1999). O que há de novo no modelo de Excelência da EFQM. *Qualidade*, 3, 30-37.

Alves, P.C. (1999). Certificação é um Valor Acrescentado para as Empresas. *Directório da Qualidade*, 1416, 10-11.

American Productivity & Quality Center (2000). *Quality Approaches for the New Millennium – Consortium Benchmarking Study – Best-Practice Report*. Houston: APQC.

André, M.M. e Saraiva, P.M. (2000). *Satisfação de Clientes e Resultado do Negócio: Sinergia ou Compromisso?* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Arbide, J. (1993). Benchmarking, Una Estrategia Vencedora. *ICE – Calidad Total Y Competitividad*, 724, 49-59.

Arnold, K.L. (1994). *The Managers Guide to ISO 9000*. New York: The Free Press.

ASQC Futures Team (1996). Quality and Its Environment in 2010. *Quality Progress*, July 1996, 71-79.

Associação Portuguesa de Certificação (1999). *Certificação de Sistemas de Gestão Ambiental* [online]. Lisboa, APCER. Disponível em: <http://www.apcer.pt>

Bank, J. (1998). *Qualidade Total – Manual de Gestão*. 2ª Edição. Mem Martins: Edições CETOP.

Brysson, John M. (1995). *Strategic Planing for Public and Nonprofit Organizations*. Jossey Bass Books, San Francisco.

Carnall, Colin A. (1999). *Managing Change in Organizations*. Prentice Hall Europe.

Carrasqueira, M.J. e Machado, V.C. (2000). *Guia para Implementação de um Sistema de Gestão Integrada* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Centro de Informação das Nações Unidas. O Pacto Global - Encontro Internacional Empreendedores e Responsabilidade. Fundação Luso-Americana, Lisboa, 11-12 de Abril de 2002. Disponível em www.onuportugal.pt

Comissão Europeia (1993). Competitividade Industrial e Protecção do Ambiente. *Boletim CE*, 5, 102-104.

Conselho Nacional da Qualidade (1999). *Relatório sobre Qualidade em Portugal – 1998*. Caparica: IPQ.

Cruz, C.V. e Carvalho, Ó. (1998). *Qualidade – Uma Filosofia de Gestão*. 3ª Edição. Lisboa: Texto Editora.

Cutler, David M. (2000). *The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions*. National Bureau of Economic Research, Chicago.

Dale, B.G. (1994). *Managing Quality*. Second Edition. Manchester: Prentice Hall International.

Directorate General III – Industry (2000). *European Quality Policy* [online]. Disponível em: <http://europa.eu.int>

Directório da Qualidade (1999). A Qualidade em Portugal. *Directório da Qualidade*, 1416, 28-33.

European Foundation for Quality Management (1999). Global Partnership for Business Excellence. *Quality Link*, Volume II – N.º 63, 20.

European Organization for Quality (2000a). *European Customer Satisfaction Index* [online]. Helsinki, EOQ. Disponível em: <http://www.eoq.org>

European Organization for Quality (2000b). *Towards a European Vision of Quality – The Way Forward*. Helsinki: EOQ.

European Quality (1993). Juran's Message for Europe. *European Quality*, Volume 1 – Number 1, 18-25.

Evaristo, Fernandes (1991). *Sociopsicologia das Empresas e Organizações*, Ecla Editora.

Fabião, J. e Fernandes, R. (2000). *O Binómio Qualidade / Segurança. Factor de Competitividade e Produtividade* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Ferreira, J.M. (1996). *Psicossociologia das Organizações*. McGraw-Hill.

Ferreira, P.C. (2000). ISO/DIS 9000:2000 – Potencial de Integração com Outros Sistemas de Gestão. *Dossiers Promocionais do Expresso*, 1428, 6-7.

Fonseca, L. (2000b). Certificação de Sistemas da Qualidade e Sistemas de Gestão Ambiental. *Dossiers Especiais do Expresso*, 1441, 6-7.

Ganhão, F. N. (1991). *A Qualidade Total*. Lisboa: CEDINTEC.

Geraldo, L.M. e Saraiva, P.A. (2000). *Avaliação de Sistemas da Qualidade* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Gonçalves, M. e Neves, E. (2000). *Qualidade e Inovação* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Harrington, H.J. (1991). *Business Process Improvement – The Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity and Competitiveness*. New York: McGraw-Hill.

Hilton, F.G. e Levinson, A. (2000). *Measuring Environmental Compliance Costs and Economic Consequences: A Perspective from the U.S.*. Georgetown: World Bank.

Instituto Português da Qualidade (1999a). *Apresentação do IPQ* [online]. Monte da Caparica, IPQ. Disponível em: <http://www.ipq.pt>

Instituto Português da Qualidade (1999b). *Apresentação do Sistema Português da Qualidade e do Instituto Português da Qualidade*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (1999c). *Sistemas de gestão ambiental – Especificações e linhas de orientação para a sua utilização*. Caparica: IPQ, (NP EN ISO 14001:1999).

Instituto Português da Qualidade (2000). *Instituto Português da Qualidade*. 2ª Edição. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (2001a). *Sistemas de gestão da qualidade – Fundamentos e vocabulário*. Caparica: IPQ, (NP EN ISO 9000:2000).

Instituto Português da Qualidade (2001b). *Sistemas de gestão da qualidade – Linhas de orientação para melhoria de desempenho*. Caparica: IPQ, (NP EN ISO 9004:2000).

Instituto Português da Qualidade (2001c). *Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos*. Caparica: IPQ, (NP EN ISO 9001:2000).

Instituto Português da Qualidade (2001d). *Sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho – Especificações*. Caparica: IPQ, (NP 4397:2001).

International Organization for Standardization (2000a). *General Information on ISO* [online]. Genève, ISO. Disponível em: <http://www.iso.ch> [24 Fevereiro 2000].

International Organization for Standardization (2000b). *Standardizing Bodies Having Notified Acceptance of the WTO TBT Code of Good Practice for the Preparation, Adoption and Application of Standards*. Genève: ISO.

International Organization for Standardization (2000c). *Standards and World Trade* [online]. Genève, ISO. Disponível em: <http://www.iso.ch>

International Organization for Standardization (2000d). *WTO TBT Standards Code Directory*. Genève: ISO.

Jones, A.D. (1996). *Continuous Improvement Through People*. In: European Organization for Quality, ed. 40th Annual EOQ Congress, Berlin 10 Setembro 1996, Volume I. Berlin: EOQ, 73-78.

Joint Commission Internacional (2004). *Preparing for Accreditation*, ed Seminário Infarmed, Lisboa.

Joint Commission Internacional (2004). *Acreditação Internacional*, ed Seminário do Consórcio Brasileiro de Acreditação, Lisboa.

Joint Commission Internacional (2003). *Processo de Avaliação para Acreditação – Guia para Hospitais*, ed Consórcio Brasileiro de Acreditação.

Joint Commission Internacional (2003). *Normas de Acreditação para Hospitais – 2ª edição*.

Jonker, J. (1999). *The Future of Quality – Time for New Solutions*. *European Quality*, Volume 6 – Number 4, 4-14.

Junior, A.A. (1999). Qualidade é um Factor de Competitividade. *Forum Empresarial do Expresso*, 22, 7.

Juran, J.M. (1994). An Appreciation of W Edwards Deming. *European Quality*, Volume 1 – Number 2, 37.

Juran, J.M. (1995). *Management Breakthrough*. McGraw-Hill.

Juran, J.M. (1995). *A History of Managing for Quality: The Evolution, Trends, and Future Directions of Managing for Quality*. Milwaukee: ASQC Quality Press.

Jornal Expresso Caderno Economia & Internacional – 8 Maio 2004 – Artigo de Luís Todo Bom “A Impaciência”, excerto “A Criação dos Hospitais SA”

Machado, V.C., Santos, G. e Pais, M.S. (1997). *Impacto da Certificação dos Sistemas da Qualidade das Empresas – A Vertente Humana*. Lisboa: APQ.

Mendes, A.S. (1996b). *The European Quality Policy*. In: European Organization for Quality, ed. 40th Annual EOQ Congress, Berlin 10 Setembro 1996, Volume I. Berlin: EOQ, 21-29.

Ministério da Economia (1999). *Prémio de Excelência – Sistema Português da Qualidade 1999 – Modelo de Auto-Avaliação e Manual de Candidatura*. Caparica: IPQ.

Montanheiro, L., Rebelo, Ef., Owen, G. e Rebelo, Em. (1996). *Public and Private Sector Partnerships: Working for Change*. PAVIC Publications.

NHS Trust (2003/2004). *Clinical Governance Report: A Framework of Health*.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera 2003 e 2004. Disponível em www.observaport.org

Operacionalização da Reforma da Administração Pública. *Áreas de Actuação e Metodologias de Actuação* [online]. Disponível em www.rap.gov.pt

Orey, J.L. e Saraiva, P.M. (2000). *Inovação e Qualidade: algumas relações* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Disponível em www.dgsaude.pt

Pinheiro, G. e Alves, P.C. (2000). *As Auditorias da Qualidade Internas* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Pinho, M.F. (2000). *Sistemas Integrados de Gestão, que Caminho?* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Pinho, M.V. (2000). Rumo à Gestão Integrada da Qualidade. *Dossiers Promocionais do Expresso*, 1396, 3-4.

Pinto, J.L. (1992). Obstáculos Culturais da Qualidade. *Dirigir*, 22, 66-69.

Pinto, S.B. (2000). *A Medição da Qualidade em Empresas de Serviços* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Pinto, V.M. (2000). *Certificação de Sistemas de Gestão Ambiental - SGA* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Pires, A.R. (1999a). A Qualidade como Factor de Competitividade. *Directório da Qualidade*, 1416, 4-5.

Pires, A.R. (1999b). *Inovação e Desenvolvimento de Novos Produtos*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pires, A.R. (1999c). Qualidade, Segurança e Ambiente Tendem a Integrar-se. *Dossiers Promocionais do Expresso*, 1406, 3-5.

Pires, A. R. (1999d). *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. 2ª Edição, Lisboa: Sílabo Gestão.

Rigby, D.K. (1999). *Management Tools & Techniques – Anual Survey of Senior Executives*. Boston: Bain & Company.

Roland M, Baker R. (1999) Clinical governance: a practical guide for primary care teams. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre

Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão (Out/Dez 2004) V3(4). Uma abordagem em Rede à Avaliação dos Serviços de Saúde. V. Eriz e J.A Figueiredo.

Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão (Jan/Mar 2004) V3(1). Regulação em saúde e Regulação em Utilities – Que Diferenças?. Ana Sofia Ferreira.

Revista Qualidade em Saúde – Publicação do Instituto da Qualidade em Saúde, Fevereiro 2004 – Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (edição especial)

Revista Qualidade em Saúde – Publicação do Instituto da Qualidade em Saúde, Janeiro/Março 2004 – IQIP: Mais do que os dados, interessa o que fazer com eles

Silva, Andreia, Jorge Varanda, Sónia Dória Nóbrega (Março 2004). Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais. 1ª edição, Editora Principia.

Thevenet, Maurice. (1986). Cultura de Empresa, Auditoria e Mudança. Monitor.

Veludo, M.V. (2000). *Melhoria da Qualidade e Aprendizagem Organizacional* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Vital, M.A. e Rodrigues, A.C. (2000). *Qualidade versus Segurança e Saúde no Trabalho* [CD-ROM]. In: Instituto Português da Qualidade, ed. 1º Congresso da Qualidade, Lisboa 19-20 Junho 2000. Caparica: IPQ.

Wheelen, T. L. Hunger, J.D (2002). *Strategic Management and Business Policy*. Prentice Hall, New Jersey.

Willborn, W. e Cheng, T. C. (1994). *Global Management of Quality Assurance Systems*. Singapore: McGraw-Hill.

Zardo, L.M., Baum, M.S. e Gientorski, L.C. (1998). *A Importância dos Custos da Qualidade na Gestão Empresarial* [online]. [02 Fevereiro 20