

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

IV Curso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde

Área de especialização
“Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde”

A Perspectiva dos Profissionais de Saúde nas Inovações de Gestão: Estudo de Caso numa Unidade de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Stella Abdul Satar

Orientador:
Professor Doutor Paulo Resende da Silva

(Esta Dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo Júri)

**Évora / Lisboa
Novembro 2008**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

IVCurso de Mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde

A Perspectiva dos Profissionais de Saúde nas Inovações de Gestão: Estudo de Caso numa Unidade de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Stella Abdul Satar

Orientador:
Professor Doutor Paulo Resende da Silva



170 334

(Esta Dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo Júri)

Évora / Lisboa
Novembro 2008

Resumo

A necessidade de conciliar uma procura cada vez maior com as restrições de recursos humanos e financeiros levou a que se implementasse um conjunto de inovações que permitisse alcançar maior eficiência.

No presente estudo aborda-se uma dessas iniciativas: os Hospitais SA. As implicações originadas por esta medida, ocorreram em termos de alterações de gestão e adopção de novos conceitos. Estas são algumas das dimensões estudadas.

Em termos metodológicos pretende-se perceber como é que alguns dos profissionais de Saúde avaliam as modificações que ocorreram. Para tal, optou-se por levar a cabo um estudo de caso de um Hospital SA da região de Lisboa e Vale do Tejo, numa abordagem qualitativa, visando identificar a perspectiva dos profissionais de saúde nas inovações de gestão, relacionadas com as novas tecnologias, das quais se destacam:

- Utilização da Internet;
- Implementação e utilização da Intranet;
- Desenvolvimento de Arquivos Digitais relativos a processos médicos;
- Cartão Vital;
- Aplicação Medivital.

Para a recolha de dados será utilizada uma entrevista semi-estruturada “que atribui maior liberdade ao investigador para conduzir a entrevista como achar ser mais conveniente, para a obtenção de dados que se revelem pertinentes” (Patton, 1990).

Palavras-chave: Saúde, Inovação, Hospitais SA, Gestão, Tecnologia.

Management innovations in Health sector

Abstract

The need to conciliate the increasing search for healthcare over time with the restrictions of human and financial resources conducted to the implementation of a set of innovations that allowed a greater efficiency.

In the present study, one of those initiatives is presented: in the *Hospitals SA*. The implications of this measure occurred in terms of management modifications and in the adoption of new concepts. These are some of the studied dimensions.

In methodological terms, it's intended to perceive how health professionals evaluate the modifications that occurred. For such, it was opted to present a case study of a *Hospital SA* from Lisboa e Vale do Tejo region, in a qualitative approach, aiming to identify the health professionals perspective of the management innovations related to the new technologies, from which the following, stand out:

- Internet usage;
- Implementation and use of Internet;
- Development of Digital Archives related to medical processes;
- Vital Card;
- Medivital application.

For data gathering a half-structuralized interview will be used "which gives greater freedom to the researcher to conduct the interview as he finds most convenient, in order to obtain relevant data" (Patton, 1990).

Key Words: Health, Innovation, *Hospitals SA*, Management, Technology.

Agradecimentos

Expresso a minha gratidão a todos os que de forma directa ou indirecta contribuíram para a realização deste estudo.

À minha irmã Edma, em especial, aos meus filhos Cíntia, Sérgio e Fábio, que me apoiaram de forma incondicional.

Agradeço particularmente ao meu amigo Cecílio pela amizade e à minha colega Irene pelo apoio dispensado ao longo da pesquisa.

Ao Professor Doutor Carlos Silva, Coordenador do IV Curso de Mestrado Sócio-Organizacional na Saúde, que me incentivou a concluir o Mestrado.

Ao Professor Doutor Paulo Resende da Silva, meu orientador sempre presente, pelo profissionalismo, disponibilidade, sabedoria e ajuda na prossecução desta meta.

Aos Profissionais de Saúde e às Chefias das Unidades do Hospital em estudo, que tornaram possível a realização do estudo.

A todos, bem hajam.

Índice

RESUMO	III
ABSTRACT	IV
AGRADECIMENTOS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE TABELAS.....	IX
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	X
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO II – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE	15
2.1. A INOVAÇÃO COMO MISSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	18
2.2. INOVAÇÃO NA GESTÃO DA SAÚDE.....	23
2.3. INOVAÇÃO E SATISFAÇÃO	27
2.4. O MODELO DE GESTÃO NA SAÚDE NA REALIDADE PORTUGUESA.....	29
2.4.1. <i>Breve retrospectiva histórica.....</i>	<i>29</i>
2.4.2. <i>Os modelos de gestão na Saúde.....</i>	<i>30</i>
2.4.3. <i>A gestão em termos de liderança.....</i>	<i>35</i>
2.4.4. <i>A gestão da Qualidade na Saúde.....</i>	<i>36</i>
2.5. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E A MELHORIA DA GESTÃO NO SECTOR DA SAÚDE.....	38
2.6. DADOS SOBRE A SITUAÇÃO ACTUAL	46
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	48
3.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA	48
3.2. A POPULAÇÃO ALVO	56
3.3. A AMOSTRA	56
3.4. OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	57
3.5. A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	57
3.6. PROFISSIONAL DE SAÚDE (TÉCNICO DE FARMÁCIA)	59
3.6.1. <i>Guião de entrevista.....</i>	<i>59</i>
3.6.2. <i>Protocolo da entrevista</i>	<i>60</i>
3.7. CHEFIAS DA UNIDADE HOSPITALAR (MÉDICO)	61
3.7.1. <i>Guião de entrevista.....</i>	<i>61</i>
3.7.2. <i>Protocolo da entrevista</i>	<i>62</i>
3.8. A ANÁLISE DE CONTEÚDO	63
3.9. AS LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
3.10. AS CONDIÇÕES ÉTICAS.....	65
CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	66
4.1. INSERÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO NA UNIDADE HOSPITALAR	66
4.2. PASSAGEM PARA O SISTEMA SA.....	67
4.3. RELAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO / GESTÃO / QUALIDADE DE SERVIÇOS	69
4.4. IMPACTO DA CULTURA ORGANIZACIONAL NOS SISTEMAS DE GESTÃO / INFORMAÇÃO.....	71
4.5. FALHAS DO SISTEMA	72
4.6. COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	73
4.7. ACÇÕES DE FORMAÇÃO NA ÁREA DO SISTEMA DE GESTÃO.....	75
4.8. INOVAÇÃO NO SISTEMA DE GESTÃO.....	76
4.9. MEDIDAS A APLICAR NA ÁREA DA GESTÃO / COMUNICAÇÃO	78
4.10. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	79

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	83
CAPÍTULO VI – PLANO DE INTERVENÇÃO	86
GLOSSÁRIO INFORMÁTICO.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	90
ANEXOS.....	97

Índice de Figuras

FIGURA 1 – MODELO ORGÂNICO DO PROCESSO DE MUDANÇA.....	17
FIGURA 2 – AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO FACE ÀS EXIGÊNCIAS DE UMA RESPOSTA EFICAZ	22
FIGURA 3 – SISTEMA DE TELEMEDICINA	41
FIGURA 4 – ALGUMAS DAS APLICAÇÕES DA TELEMEDICINA.....	43
FIGURA 5 – A DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS EM CASCATA	45

Índice de Tabelas

TABELA 1 – FASES DO MODELO METODOLÓGICO DE YIN (1989).....	55
TABELA 2 – MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO – PROFISSIONAL DE SAÚDE (TÉCNICO FARMÁCIA)	64
TABELA 3 – MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO – CHEFIAS DA UNIDADE HOSPITALAR (MÉDICO)	64
TABELA 4 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	79
TABELA 5 – RESULTADOS CONTRASTIVOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	82

Índice de Acrónimos

- CIM – Centro de Informação de Medicamentos;
- DGS – Direcção Geral de Saúde;
- GRH – Gestão de Recursos Humanos;
- I&D – Inovação e Desenvolvimento;
- IFPMA – International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations;
- IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde;
- OMS – Organização Mundial de Saúde;
- PIB – Produto Interno Bruto;
- RH – Recursos Humanos;
- RIS – Rede de Informação de Saúde;
- SA – Sociedade Anónima;
- SI – Sistema de Informação;
- SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
- SNS – Sistema Nacional de Saúde;
- TAC – Tomografia Axial Computorizada;
- TI – Tecnologias de Informação;
- TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação;
- TQM – Total Quality Management.

“Uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida”.

Carta de Ottawa

Capítulo I – Introdução

As questões relacionadas com a saúde têm assumido, nos últimos tempos, as primeiras linhas da discussão política e social. Nos países europeus ocidentais, com o aparecimento do conceito de estado de providência, que surgiu no século XX, o Sistema de Saúde passou quase na sua totalidade para o controlo do Estado.

Dentro da lógica de tornar o Estado responsável pelos cuidados de saúde prestados à população estava a ideia de que todos os cidadãos deveriam ter acesso à saúde, por ser um direito universal.

Contudo, nas últimas décadas do século XX, surgiram dois fenómenos que puseram em causa a ideia de que competia ao Estado prover os cuidados de saúde sem custos para o cidadão. Por um lado, os gastos com a saúde aumentaram de forma exponencial nos principais países desenvolvidos, assumindo valores e taxas de crescimento muito elevados. Para esta situação, em muito contribuíram as profundas transformações na pirâmide etária da população, com o progressivo envelhecimento e com o conseqüente aparecimento de patologias associadas à idade. Por outro lado, a diminuição das taxas de crescimento nos países ocidentais diminuiu o ritmo de crescimento das receitas arrecadadas pelos Estados, o que se tornou incompatível com o crescente aumento da despesa em saúde.

É neste contexto que, os governos e demais interessados nos Sistemas de Saúde procuram encontrar soluções com o intuito de atingir determinadas metas que, em primeira análise, parecem impossíveis de conseguir, uma vez que se trabalha com duas situações antagónicas: aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população e controlar a despesa pública com a saúde. O aumento da eficiência tem sido uma das soluções avançadas para se conseguir conjugar estes dois aspectos.

Contudo, esta solução é mais fácil de mencionar do que de executar, tanto mais que o Sistema de Saúde apresenta situações particulares e incontornáveis.

De acordo com Simões (1998, p. 115),

“o actual modelo jurídico do hospital público português está esgotado, quer em termos de propriedade, de tutela, quer de gestão, de financiamento, e será, do meu ponto de vista, o novo modelo jurídico do hospital que irá recriar uma nova relação entre a comunidade e o hospital”.

Esta afirmação continua bem actual no presente. As bases, nas quais o actual Sistema de Saúde se encontra estruturado em Portugal, provam que não é o mais adequado. Os elevados custos do Sistema Nacional de Saúde (SNS), ao longo destes anos, aliado ao facto de o utente não sentir que houve uma melhoria efectiva nos serviços que lhe são prestados, indicam a necessidade de se proceder a alterações no sentido de dotar o Sistema de Saúde de maior eficiência e eficácia. Uma outra questão que se coloca no Sistema de Saúde é o facto de, neste modelo, haver maior preocupação com os prestadores de cuidados do que com os utentes (Simões, 1998). Nesta lógica, a melhoria dos serviços será sempre um desejo adiado.

No entanto, tem-se assistido a medidas que visam a melhoria dos serviços prestados, tais como: a Telemedicina e o recurso aos novos modelos de gestão hospitalar.

Considera-se pertinente elaborar um estudo que permita determinar de que forma os profissionais de saúde percebem as inovações de gestão implementadas, compreender se a mudança de gestão teve ou não um impacto significativo na actividade do profissional, questionar sobre a adopção de medidas que visem a melhoria do Sistema de Gestão, indagar se os profissionais se sentem aptos a lidar com as Tecnologias de Gestão introduzidas e determinar o grau de receptividade ao aparecimento de novos Sistemas de Informação/Gestão.

Como suporte do estudo, descreve-se:

No Capítulo I a Introdução salienta a responsabilidade do Estado na prestação dos cuidados de saúde prestados à população, em geral, as alterações ocorridas no fim do século XX, de que resultam os gastos com a saúde, devido ao envelhecimento da população e as consequentes patologias associadas ao

envelhecimento, os modelos de gestão existentes e os procedimentos implementados para controlar a despesa pública e aumentar o crescimento de receitas.

O Capítulo II inclui a Organização e Gestão nas Unidades de Saúde, com especial enfoque a Telemedicina num sistema de informação com vista à melhoria dos serviços, o recurso aos sistemas de informação/tecnologias de informação, os objectivos e os benefícios dos Hospitais SA.

O Capítulo III engloba a Metodologia com a questão de partida, os objectivos dos procedimentos de gestão implementadas, isto é, a transformação de 34 hospitais portugueses em 31 sociedades anónimas de capital exclusivamente público, a abordagem metodológica, os objectivos geral e específico, os objectivos da formalização de um contrato-programa, a definição da pergunta de investigação, o tipo de estudo, a população alvo, a amostra, os critérios de inclusão, a construção do instrumento de recolha de dados (os guiões e os protocolos de entrevistas aos profissionais de saúde (técnicos de farmácia) e às chefias da unidade hospitalar (médicos), a análise de conteúdo, as limitações do estudo e as condições éticas.

O Capítulo IV aborda a Análise e a Discussão dos Resultados. Os dados identificam algumas alterações positivas, algumas deficiências e algumas lacunas no novo plano de gestão implementado.

O Capítulo V descreve as Conclusões e as Recomendações, salientando a importância do processo de mudança, a motivação dos profissionais de saúde e das chefias, sem esquecer as sugestões para alcançar melhorias.

Finalmente, o Capítulo VI onde se propõe um Plano de Intervenção, como forma de melhorar os resultados pretendidos.

Capítulo II – Organização e Gestão nas Unidades de Saúde

O conceito de Saúde, nos últimos séculos da nossa História, tem sofrido grandes evoluções. Da pré-história até ao século XIX, a Medicina dispunha de meios bastante arcaicos para curar doenças e eram desconhecidas as causas de muitas patologias.

A partir do século XX, a Medicina acompanhou de perto o desenvolvimento das demais ciências, podendo afirmar-se que esta tem evoluído mais no século XX do que em toda a História da Humanidade. Um dos princípios da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que entrou em vigor em 1948, confirmava que foi através deste progresso científico que houve uma evolução de conceitos a respeito de saúde e doença. A saúde já não é apenas ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, conforme definição da OMS.

Depois da Segunda Guerra Mundial, com a evolução das novas tecnologias e técnicas, foi possível encontrar novas causas para um conjunto grande de doenças, realizar melhores diagnósticos e desenvolver novos medicamentos, conseguindo-se obter uma área da Saúde mais segura e eficiente. A maior contribuição da Medicina para a Saúde, neste século, foi na área da prevenção de doenças através da vacinação em massa e de acções voltadas para o meio ambiente (o saneamento básico, a melhoria das habitações, o desenvolvimento da indústria na produção de bens e serviços que geram conforto e segurança para o Homem).

Segundo o Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro, em Portugal, os Serviços de Saúde são reorganizados, tendo por base uma filosofia inovadora, na medida em que se tomam prioritárias, as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença. Quer isto dizer que, a saúde passa então, a ser considerada como um bem a atingir e a preservar.

Uma das principais preocupações nesta área passa pela melhoria dos serviços prestados aos utentes. Neste sentido, a gestão de uma unidade hospitalar deixou de ser manutenção do “*status quo*”, para ser um estímulo para a implementação da mudança e um incentivo à inovação (Martins & Endeusou, 2004). Tal como nas outras áreas da sociedade, a inovação na saúde não é um

processo linear com conseqüências bem delimitadas, sendo antes um sistema de interações que assenta no conhecimento e no saber. Para que o processo de inovação tenha sucesso é necessário que se introduza na organização uma cultura de inovação que seja partilhada por todos os colaboradores.

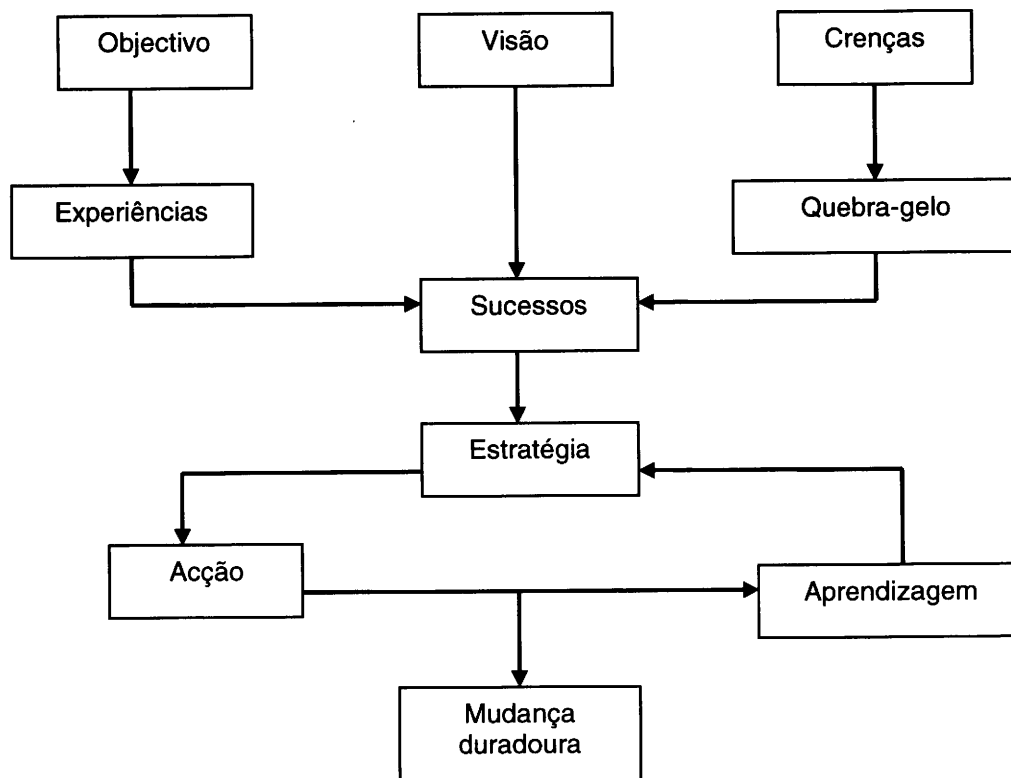
Ao processo de inovação está sempre associado um elemento de risco que pode ser mitigado através da adopção de métodos de gestão da inovação adequados a cada caso, mas que nunca pode ser eliminado. Como referem Martin e Henderson (2004, p. 112), *“frequentemente a mudança acarreta resultados inesperados – daqui, a necessidade de se ser logo no início tão claro quanto possível sobre os seus objectivos”*. Para que se possa estabelecer objectivos realistas é necessário efectuar um diagnóstico da situação. Neste, deverão ser averiguados os aspectos que devem mudar, de forma que a organização funcione de modo mais eficiente ou preste melhores serviços.

Os autores Martin e Henderson (2004, p. 112), consideram que os Gestores devem seguir o lema: *“Dai-me forças para mudar as coisas que podem ser mudadas, tolerância para aceitar o que não posso mudar e a sabedoria para fazer a distinção entre elas”*. Para tal, o diagnóstico revela-se de grande importância, pois permite perceber a situação actual da organização e quais as mudanças que têm de ser implementadas. Permite também perceber se a organização dispõe dos recursos necessários e adequados ao processo de mudança, bem como, o contributo que cada um dos colaboradores da organização pode dar a este processo.

Para controlar o processo de mudança é necessário estar em contacto com os desenvolvimentos, porque um programa de inovação envolve sempre três estados: o actual, o de transição e o futuro desejável. Todos eles têm de ser geridos e todos requerem o consumo de recursos.

No modelo apresentado na figura 1 (pág. 15) é perceptível que o processo não é linear. Este modelo sugere que as origens das mudanças podem resultar de um conjunto de experiências e de um “quebra-gelo” ou então poderá derivar de ambas. De acordo com Martin e Henderson (2004), as organizações construídas com base na inovação incentivam os seus colaboradores a experimentar e a expressarem-se sobre os processos do trabalho. Nas organizações com este tipo de cultura organizacional, as inovações apresentadas pelos colaboradores, e que são bem sucedidas, são recompensadas de forma

pública. Desta forma, estimula-se o aparecimento de novas ideias. No caso de a inovação se revelar um fracasso, o erro é esquecido em privado para não inibir os colaboradores de apresentarem novas propostas no futuro.



Fonte: Martin e Henderson (2004, p. 122)

Figura 1 – Modelo orgânico do processo de mudança

A aproximação orgânica à mudança é construída com base em pequenos sucessos. Contudo, existe a necessidade destes estarem sob uma direcção global que garantam que os mesmos vão de encontro aos objectivos traçados.

2.1. A inovação como missão dos profissionais de Saúde

Cada vez mais, na actualidade, nos mercados com elevados níveis de competitividade e sujeitos a limitações nos recursos, a produtividade é um factor fulcral para o sucesso e até mesmo para a sobrevivência das organizações.

Neste contexto, a Gestão de Recursos Humanos (GRH) pode contribuir em larga escala para a produtividade da organização. Segundo Câmara (2005), pode-se aumentar a produtividade de duas formas:

- a. Forma directa – através da aplicação de métodos, técnicas e instrumentos que garantam a aplicabilidade e o desenvolvimento das competências individuais e grupais.
- b. Forma indirecta – os Recursos Humanos (RH) podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Neste sentido a “(...) sociedade do conhecimento coloca no centro da dinâmica organizacional dois elementos: os Sistemas de Informação e as competências humanas” (Câmara, 2005, p. 164). O que significa que os RH são considerados, como dos principais elementos, que contribuem para a criação de riqueza e desenvolvimento do país.

Na área mais específica da Saúde, pode considerar-se que o factor humano é o elemento mais importante. No entanto, em contrapartida, consome uma elevada parte dos recursos financeiros alocados à área da Saúde. É por este motivo que a sua utilização deve ser optimizada em conjunto com outros recursos.

A contribuição dos profissionais de Saúde é um factor essencial para a melhoria da qualidade dos serviços prestados na área da Saúde. Por esta razão, é relevante salientar a importância da gestão dos recursos humanos de forma a criar uma força de trabalho mais capacitada e motivada. A forma como os RH actuam, traduz-se na forma como a empresa actua (Câmara, 2005).

O desenvolvimento tecnológico e a participação cada vez maior na gestão das unidades de Saúde conduzem à necessidade dos profissionais de Saúde adquirirem novas competências, de forma a optimizar os recursos que têm à sua disposição.

Para que isto aconteça, é importante que as organizações invistam na formação, dado que esta é entendida como forma de desenvolver as pessoas e a própria organização, para que esta consiga responder às exigências dos seus utentes. A formação contínua, neste contexto, apresenta-se como a única solução viável.

A formação de profissionais de Saúde para saberem lidar com os novos procedimentos tecnológicos, a par da constante intervenção com o objectivo de os actualizar na componente técnica da prestação de cuidados de Saúde, são medidas que se revelam imperiosas para que a produtividade atinja níveis aceitáveis.

Desde há vinte anos, o contexto em que se insere a inovação sofreu uma grande mudança. Ao surgirem novas tecnologias, a sociedade foi sofrendo um conjunto de adaptações permanentes.

A inovação tecnológica tem, em alguns casos como objectivo geral, a partilha de informação. Para tal, pode recorrer-se a ligações informáticas aos Centros de Saúde assim como a arquivos informatizados: isto é, a elaboração de relatórios clínicos de cada doente, assim como, relatórios das actividades dos Serviços. Por outro lado, torna-se importante recorrer à pesquisa clínica e estatística para a introdução dos dados administrativos.

Em Portugal, tiveram lugar experiências inovadoras nos Serviços de Saúde, relacionadas com as novas tecnologias, tais como:

- A utilização da Internet;
- A implementação e utilização da Intranet;
- O desenvolvimento de arquivos digitais relativos a processos médicos;
- O Cartão Vital;
- A aplicação MediVital.

Em suma, a Internet tem como principal objectivo, informar os demais interessados em todo o processo que envolve a temática pretendida, como mostra o seguinte exemplo:

“Em Portugal, o Ministério da Saúde possui uma rede informática de carácter interno (Intranet). Esta rede de informação da Saúde, conhecida por RIS está a ser desenvolvida pelo IGIF e tem como objectivo estabelecer as ligações entre as diversas Instituições de Saúde, que utilizam programas similares, de forma a permitir a troca e a partilha da informação clínica e administrativa”

(Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, s.d.).

A informação contida na Intranet é rica em conteúdo e utilidade, e permite, gerar serviços de maior qualidade através da consulta das bases de dados, centrais de informação, reduzindo os processos burocráticos.

Outro tipo de inovação já implementada nos serviços hospitalares é a criação de uma Intranet – um sistema conhecido por “Rede de Informação de Saúde” (RIS). A vantagem da utilização deste tipo de sistema passa pela interligação de todos os dados, bem como pelo seu processamento, obtendo, deste modo, uma maior eficácia e rapidez de procedimentos em relação ao registo e recolha de dados.

Este sistema vem permitir uma maior confidencialidade ao contemplar diferentes níveis de acesso aos vários utilizadores e melhorar a eficiência na produtividade, além de facilitar as tomadas de decisão por parte dos vários níveis de gestão.

O Cartão Vital é uma espécie de Via Verde para a saúde dos portugueses. Esta inovação é um cartão inteligente de dimensões reduzidas, personalizado, com assinatura e fotografia, num pequeno *microchip*, e visa suprir a burocracia com que o doente se depara quando chega a um serviço de urgência.

“Este cartão contém o registo com todas as informações pessoais e clínicas do seu portador, desde as doenças de que padece até à medicação que efectua, passando pelas cirurgias, transplantes e próteses que realizou, incluindo, de entre outros dados também aí gravados, informação sobre alergias, antecedentes familiares, bem

como, o resultado de análises clínicas. Ao ser introduzido num dos terminais da Regimed ou em leitor de cartões ligado a um computador em que está instalado o software MediVital, a história clínica do seu titular está acessível para leitura e impressão”

(Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, s.d).

Por último, tem-se um software médico denominado MediVital que permite ao utilizador a criação de ficheiros dos utentes de uma maneira rápida e eficaz. Este tipo de inserção da informação faz-se com recurso a tabelas e imagens pré-fornecidas levando à dispensa de introdução de texto. Este software possui, ainda, informações completas e actualizadas sobre os diferentes fármacos existentes em Portugal e permite ainda colocar o médico em ligação online com o servidor central, de maneira a receber e enviar as informações necessárias. Outra utilidade deste sistema é a criação de estatísticas de apoio ao trabalho clínico e de investigação. O MediVital permite, também, o acesso a imagens, tal como radiografias, Tomografias Axiais Computorizadas (TAC's), ressonâncias magnéticas, entre outros, sendo de grande utilidade na elaboração de diagnósticos.

Para se otimizar o investimento nestes recursos é crucial segundo Martin e Henderson (2004, p. 98) que se tenha em conta que, *“trabalhar eficazmente em grupos requer capacidades específicas, esforço e tempo considerável”* e, por esse motivo, *“as pessoas requerem formação e desenvolvimento para lhes ser possível aprender e praticarem novas formas de trabalhar”*. Nesse sentido, com o decorrer do tempo, emergem novas tecnologias e mais depressa as aptidões dos profissionais se tornam obsoletas.

Este fenómeno exige que estes façam um importante investimento na sua formação, de forma a adquirir novas competências que lhes possibilitem acompanhar as necessidades que as novas tecnologias originam, de forma a potenciar os benefícios das mesmas no seu desempenho profissional.

Este tipo de formação é de grande especificidade e ajuda os profissionais a adquirir e a desenvolver capacidades e conhecimentos necessários às funções que desempenham. Torna-se necessário ter em conta que as tecnologias estão em constante desenvolvimento e, nesse sentido, torna-se necessário que este desenvolvimento profissional seja contínuo, de forma a permitir que os

colaboradores adquiram uma actualização tecnológica constante, conforme ilustra a figura 2, de acordo com Câmara *et al* (1999, p. 319).

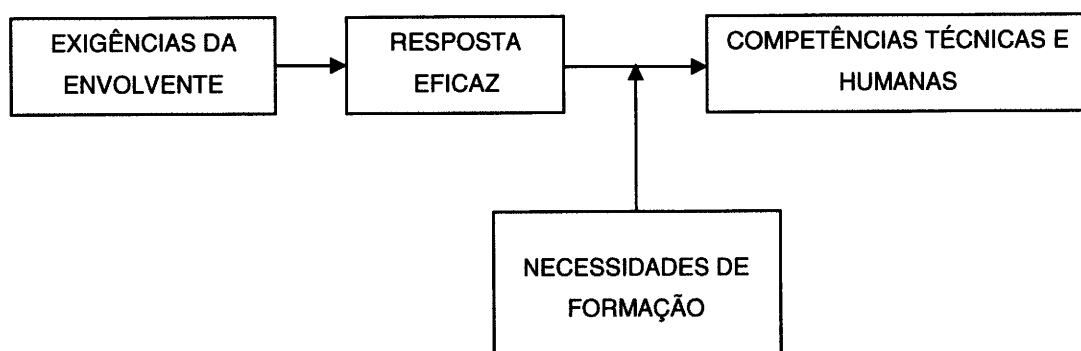


Figura 2 – As necessidades de formação face às exigências de uma resposta eficaz

Segundo os autores supra citados (1999, p. 325), entende-se por formação “um processo, formal ou informal, de aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos com relevância para a actividade no cargo e para o desenvolvimento pessoal e organizacional”. Nesse sentido, este tipo de processo necessita de constante actualização de conhecimentos, e um reforço de comportamentos e atitudes desejáveis para o contexto em que se insere.

O principal objectivo da formação é aumentar a eficácia dos colaboradores para um maior desenvolvimento organizacional, no sentido de gerar mais valias para a organização. Em termos de formação na área da Saúde, esta pretende habilitar o formando a desempenhar um determinado cargo de forma mais produtiva, isto é, com maior qualidade.

2.2. Inovação na gestão da Saúde

Cada doente é único e, na sua consequência, cada doença é única. Nesse sentido, podemos considerar que cada Instituição de Saúde é uma organização de elevada complexidade, pois não trabalha com serviços homogêneos.

A organização deste tipo de instituições baseia-se numa gestão administrativa, em concordância com a gestão clínica. Apesar de serem dois tipos de gestão autónomas, neste caso específico, existe uma necessidade emergente de se interligar.

A satisfação das necessidades dos utentes, bem como, a qualidade dos serviços em concordância com as despesas públicas, são metas a atingir. São estes os objectivos que se encontram na origem da criação de novos modelos de gestão hospitalar.

Na actualidade, o Governo pretende conferir ao Estado um papel accionista no que toca à gestão hospitalar, no sentido de fomentar um clima de competitividade para gerar um maior profissionalismo na área administrativa, com o fim de permitir uma maior eficiência da rede hospitalar nacional. Com esse objectivo, a transformação da natureza jurídica de alguns hospitais SA de capitais exclusivamente públicos, levou a uma autonomia na gestão hospitalar. Este processo tem sido apelidado de “empresarialização hospitalar” e ganhou grande valor devido à publicação da nova Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Anexo II) a qual aprova um novo tipo de regime jurídico para a gestão hospitalar em consequência da adopção do novo estatuto para os hospitais, assim como, um novo modelo de gestão, de contratação e de financiamento com o objectivo de estabelecer um adequado funcionamento do novo modelo de gestão.

Este modelo tem como base a inovação, que consiste na capacidade que a empresa tem de se antecipar às necessidades dos consumidores.

Sabe-se, que o principal elemento que aumenta o factor produtivo é a capacidade tecnológica, segundo *Camara et al (2005)*. A capacidade que uma empresa tem para conjugar o meio artificial com o meio humano dita o seu sucesso ou insucesso no mercado. De acordo com o autor supracitado (2005, p. 33), “às estruturas fortemente hierarquizadas, herdadas do passado, vão sucedendo as organizações flexíveis (...)”, ou seja, no novo conceito de empresa

está subjacente uma gestão do capital humano que verifica a pluridisciplinaridade e o carácter empreendedor de uma equipa.

A Maternidade Júlio Dinis, no Porto, para dar resposta a problemas em grávidas, portadoras de diabetes ou de doenças hipertensivas, criou unidades de apoio, de acordo com aquelas patologias.

Em ambos os casos, cada equipa integra especialistas que podem assegurar a prestação de cuidados em áreas como a Obstetrícia, Endocrinologia, Neonatologia ou Nutricionismo, ou seja, equipas em que o seu carácter pluridisciplinar se pretende que esteja ligado a uma maior eficiência e a um aumento da produtividade.

Em Portugal, de acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS) (1996), foram postas em prática diversas acções, visando o melhoramento do SNS e assentes na inovação tecnológica na área da Informática e das Telecomunicações.

Na Região Autónoma da Madeira, foi implementado um projecto que visava interligar as unidades de Saúde desta região numa rede informática, e disponibilizasse a nível virtual, serviços como marcação de consultas, entre outros, e contribuíssem para a melhoria da prestação de cuidados de Saúde.

Em Coimbra, entrou em vigor em 1994, um modelo de gestão hospitalar pediátrico, que distinguia três tipos de atendimento: urgências simples, urgências com exame complementar e urgências com internamento de curta duração. Este modelo possibilitou, segundo Lemos, citado pela DGS (1996, p. 13), *“o conhecimento detalhado dos diagnósticos dos diversos sectores que (...) põe em relevo grande distorção na utilização do Serviço”*, ou seja, notou-se uma disparidade no aproveitamento deste recurso disponibilizado.

Na região Centro do país, em 1996, foi delegada uma equipa do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) para estudar um meio de implementar um sistema informático que possibilitasse a rentabilização dos recursos, que se prendia com:

- A melhoria da acessibilidade aos cuidados de Saúde;
- A redução de custos devido a uma maior interacção entre as Instituições de Saúde, o que possibilitava um menor fluxo de deslocações e exames;

- O aumento da eficiência hospitalar, pela transmissão de informação e exames entre as Instituições;
- O estímulo à divulgação e prática da informação e de conhecimentos em Saúde.

No Hospital SA em estudo, deu-se início à informatização do arquivo, todos os casos clínicos foram passados para uma base de dados informáticos, a qual possibilitava, em teoria, o aumento da eficiência e uma maior disponibilização da informação clínica do paciente em tempo real. No entanto, de acordo com Trigo, citado pela DGS (1996), este sistema não registou a eficiência desejada, devido ao atraso com que se introduziam os dados no arquivo.

Como se constatou, a introdução das TIC no Sistema de Saúde, apesar da clara intenção de melhorar o acesso ao SNS, nem sempre se obteve o resultado esperado. A falta de profissionais qualificados para operar com o novo sistema foi apontada como a razão principal para o “fracasso” deste programa.

No entanto, as conclusões apresentadas por todos os projectos são idênticas, isto é, como referiu Cruz e Silva, citado pela DGS (1996), *“a Gestão de Sistemas de Informação traz um novo impacto ao desenvolvimento da administração e gestão dos serviços de Saúde (...)”*, ou seja, as TIC são fundamentais ao desenvolvimento de qualquer Sistema de Saúde.

Uma das mais importantes dimensões no sector da Saúde e onde têm ocorrido transformações profundas é a farmacêutica. A inovação farmacêutica *“(...) é uma parte crucial dos esforços para melhorar a qualidade de vida e salvar vidas em todo o mundo”* (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations - IFPMA, 2004, p. 7). Muitas das inovações, registadas nos últimos anos, na Indústria Farmacêutica têm sido cruciais no progresso das tecnologias médicas e no combate eficaz a determinadas patologias.

Neste sentido, considera-se que *“a necessidade de mais inovação farmacêutica é clara e dramática – a melhoria da saúde no mundo depende desta inovação”* (IFPMA, 2004, p. 7). Tendo em conta que, assim como o ser humano, também os vírus, bactérias e as diversas patologias associadas a este estão em permanente evolução, é essencial que a indústria farmacêutica esteja também



atenta e aposte no desenvolvimento de novos produtos, através dos seus sectores de Inovação e Desenvolvimento (I&D).

Esta inovação promove, assim, o desenvolvimento de novos produtos na área farmacêutica que, devido à congregação das várias entidades de saúde, pode ajudar a combater muitas patologias características dos países em vias de desenvolvimento. *“Através de ensaios rigorosos, estas tecnologias são transformadas em medicamentos, vacinas, dispositivos e meios de diagnóstico que podem ser utilizados com segurança em diversas populações de doentes”* (IFPMA, 2004, p. 10). Daqui se depreende, que as novas tecnologias são postas ao serviço da inovação sob diversas formas.

No que diz respeito aos benefícios para os doentes e sistemas de prestação de cuidados de Saúde sabe-se que a inovação farmacêutica foi fonte de melhorias relacionadas com a produtividade e com o crescimento bem sucedidos que beneficiaram toda a sociedade, o que contrabalançou com os próprios custos dos tratamentos / medicamentos.

Segundo a IFPMA (2004, p. 63), *“para os produtos serem desenvolvidos, o sector público tem de fornecer às empresas farmacêuticas um enquadramento em que existam incentivos claros ao investimento em I&D e para utilizar os seus valiosos recursos em benefício das populações”*. Verifica-se a necessidade de criar novas soluções para completar a I&D, de forma a proporcionar novas soluções.

O processo de *“(...) I&D farmacêutica é arriscado, complexo, moroso e dispendioso. Desenvolver um medicamento novo, concebido exclusivamente para países em vias de desenvolvimento é uma decisão difícil, quando avaliada, unicamente, em termos comerciais”* (IFPMA, 2004, p. 63). A Indústria Farmacêutica tem custos bastante elevados associados aos processos de investigação.

A criação de patentes sobre as fórmulas dos medicamentos descobertos é um dos incentivos possíveis. Assim, os investigadores, e acima de tudo, os financiadores, terão a capacidade de investir o seu tempo (no caso dos primeiros), e o seu dinheiro (no caso dos segundos), no desenvolvimento de novos produtos nesta área, que permitirão desenvolvimentos na área da Saúde.

2.3. Inovação e satisfação

Segundo Sholi et al. (1997), é impossível inovar sem primeiro se estar aberto ao conhecimento e estar disponível a aceitar que uma empresa esteja inserida num contexto global. A inovação prende-se com a qualidade. Neste sentido, este conceito será abrangido por um conjunto de aspectos que se resumem à interfuncionalidade na empresa, bem como, a uma procura constante para satisfazer o cliente.

Tal como uma empresa está sujeita para sobreviver, a expandir o seu horizonte, também a Medicina precisa de evoluir, não apenas para sobreviver, mas para contribuir para a saúde do ser humano.

De acordo com Porter (1999), a sociedade actual representa o apogeu da evolução na saúde, mas a insatisfação da população em relação ao actual modelo de saúde é geral. Segundo o autor supracitado (1999, p. 4), *“nós fazemos dos médicos heróis, mas ao mesmo tempo desconfiámos deles”*, ou seja, há uma contradição sobre como avaliar o Homem que segue o *“Juramento de Hipócrates”*, de modo correcto.

A Medicina sofreu uma evolução desde que o tempo em que se via, no sobrenatural, a causa para qualquer desgraça que ocorresse. O autor supracitado refere que cada civilização projectou o seu desenvolvimento medicinal e recorreu a interpretações diferentes para atingir um bem-estar geral. A civilização ocidental baseou-se na evolução do conhecimento deixado pela civilização greco-romana, que acreditava no relacionamento existente entre os quatro fluidos corporais e a variação de humor do homem.

A ruptura com o conhecimento médico clássico, posterior ao Renascimento, encaminhou a relação paciente / médico para uma maior complexidade. Ou seja, de um sistema que só abrangia um número muito selecto de pessoas, passou-se a ter um Sistema de Saúde Nacional, tendo sido criado um modo para proporcionar cuidados médicos a toda a população. A politização da Medicina foi um factor que originou o investimento de uma enorme quantidade de capital na pesquisa científica, facto que se reflectiu no Produto Interno Bruto (PIB), o que propiciou o desenvolvimento de meios capazes para combater os agentes patogénicos da tuberculose, varicela, rubéola, entre outros.

De acordo com Porter (1999, p. 710), *“vive-se na era da ciência mas o Homem ainda não eliminou fantasias sobre a sua saúde”*, ou seja, existe uma semelhança entre o presente e o passado, na medida em que, na actualidade, há um conjunto de agentes patogénicos para os quais ainda falta encontrar uma cura.

O Cancro ou a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) estão para o presente do mesmo modo que a Lepra ou a Tuberculose estavam para um passado recente, o que significa que, apesar do avanço na Saúde proporcionado pela Ciência, a descoberta de novas patologias é uma constante que pode ter um efeito semelhante às “pragas” do passado, ou seja, causar uma sensação de impotência notada pela desconfiança, atribuída ao actual modo como se pratica a Medicina.

No entanto, nota-se que este sistema implica um “período de espera” pela doença, isto é, procede-se ao tratamento da doença e não a um estímulo para a prevenção. Esta atitude implica o aumento das despesas na Saúde, mas não reflecte o aumento na satisfação global. De acordo com a DGS (1997), as doenças do Aparelho Circulatório, os Tumores Malignos, os Acidentes de Trabalho ou de Viação e a Cirrose Hepática são as principais causas de morte em Portugal.

2.4. O modelo de gestão na Saúde na realidade portuguesa

2.4.1. Breve retrospectiva histórica

Na década de setenta, o aspecto mais marcante, no que diz respeito à saúde em Portugal, foi a tentativa de diminuir as barreiras de acesso aos cuidados médicos, tanto na componente de financiamento como na componente física (com o aumento da oferta). De acordo com Barros (1999), nesta época instituiu-se a noção de saúde como um direito social, facto que veio marcar toda a política de saúde nos anos após 1974. O culminar desta filosofia deu-se com o aparecimento do SNS, que tinha um carácter universal, geral e gratuito. Ao Estado ficou entregue não só o financiamento deste sistema, como também, a prestação de cuidados de saúde. Esta opção conduziu a um aumento da utilização dos serviços de Saúde, que não foi acompanhado pelo correspondente reforço de meios.

Este sistema nunca atingiu os objectivos que o diploma que o instituiu pretendia alcançar. Na década de oitenta, houve a preocupação de conter os custos que cresciam a um ritmo muito elevado e nos anos noventa nasceu a preocupação com a eficiência na utilização dos recursos que o Estado todos os anos disponibilizava para o serviço. Os agentes envolvidos na área da Saúde começaram a despertar para a falta de critérios na utilização dos recursos, em que a eficiência não era uma variável de decisão.

Apesar do carácter universal e geral do SNS não ter sido posto em causa, deram-se importantes modificações ao alterar a noção de “gratuidade” para “tendencialmente gratuito” (Barros, 1999).

Na década de noventa, dá-se um reforço considerável do papel da prestação privada. Contudo, a rápida evolução que se verificou na sociedade portuguesa não foi acompanhada por alterações no SNS o que criou um desfasamento, responsável por muitas das deficiências que este apresenta. De acordo com Barros (1999, p. 18), parece que o sistema “(...) *acaba por evoluir de forma independente e ao seu ritmo*”.

2.4.2. Os modelos de gestão na Saúde

Os modelos de gestão na Saúde devem acompanhar o progresso social e tecnológico, bem como, procurar adequar-se às realidades e às necessidades modernas; como defende Serralheiro (2002, p. 13), *“os hospitais e as restantes Instituições de Saúde têm de ser geridos com critérios de rigor e aplicando modelos de gestão modernos, apropriados a realidades tão complexas e, com dinâmicas de evolução e inovação tecnológica, com ritmos impressionantes”*.

Actualmente, o profissional de saúde debate-se, com dificuldade, nos diversos serviços em Portugal, na medida em que se experimenta um desfasamento significativo entre os avanços tecnológicos das ciências médicas e os modelos de gestão desactualizados. Para Serralheiro (2002) e demais profissionais de saúde, a negligência de gestão vivenciada revela um grave desrespeito pelos cidadãos, em especial pelos mais carenciados, pelo que, se torna imperativo a aplicação de técnicas de engenharia de gestão que respondam a objectivos de garantia da qualidade nestes mesmos serviços. A inovação e a criatividade no serviço da mudança deverão representar um papel fulcral e determinante na assunção de uma elevada qualidade nos serviços de gestão em saúde. Neste sentido, o autor supra citado defende que a gestão deverá ter por base um contrato que comprometa a responsabilidade social dos gestores.

Perante o Prof. Coriolano Ferreira, citado por Serralheiro (2002), *“o Doente deve ser o critério, a medida e o ponto de referência, na tomada de decisão na administração hospitalar e, em caso de dúvida, avaliar o que é melhor para o Doente”* (p. 72).

A gestão dos serviços de Saúde deverá, neste sentido, utilizar os melhores recursos do conhecimento disponíveis, já que está em causa o bem-estar psicossocial e físico do utente, de modo a que, este deva constituir o centro da política e cultura de gestão dos serviços de Saúde e, só desta forma, se poderá obter um SNS humanizado.

De acordo com Serralheiro (2002), o modelo actual de gestão, em Portugal, não atende às necessidades evidentes de optimização dos recursos e de responsabilidade social nas Instituições de Saúde, derivado ao modelo cultural comportado pela sociedade portuguesa. É frequente verificar-se, nas Instituições

de Saúde, uma incapacidade em encontrar soluções eficientes, no que se refere à insatisfação expressa pelos utentes. Esta problemática é marcada essencialmente pela falta de determinação de metas e objectivos e de um plano estratégico por parte destas instituições (Serralheiro, 2002).

Para o autor supracitado,

“a responsabilidade social e humana destas organizações tem de implicar uma congregação de esforços de: políticos, profissionais, associações de utentes e sociedade portuguesa, por forma a encontrar-se a solução que permita que se acabe com esta incapacidade do SNS de corresponder à satisfação dos utentes e assumir o papel que lhe cabe no desenvolvimento do país. É obrigatório a prestação de cuidados de saúde de qualidade e a garantia de acessibilidade que acabe com a situação vergonhosa dos milhares de doentes em lista de espera, inaceitável em termos, sociais e humanos”

(Serralheiro, 2002, p. 70).

Serralheiro ressalta a importância do investimento no capital humano e da utilização dos recursos disponíveis como ferramentas-chave para uma gestão ajustada, onde a correcta optimização passa pela *“dialéctica do método, da técnica, do zelo, do bom senso e da arte”* (idem *ibidem*, 2002, p. 23).

Para se obter o diagnóstico correcto e a melhor decisão sobre os tratamentos mais eficazes e apropriados aos episódios de doença, é imprescindível, o contributo alargado de diferentes grupos profissionais e de diversas especialidades médicas, isto é, de equipas multidisciplinares prestadoras de cuidados de Saúde com uma dinâmica de partilha e troca de experiências e saberes.

O sector profissional de Saúde reflecte a necessidade de construção de um novo conceito de Hospital, na medida em que o conceito de “hospital total” – onde a gestão é feita por uma administração com subordinação hierárquica de todos os profissionais – está ultrapassado e desadequado às necessidades da actualidade. Propõem, portanto, de acordo com Serralheiro (2002), o conceito de “hotel para doentes” ou “hospitel” centrado na sua actividade primordial, ou seja,

orientado para o tratamento dos doentes internados, onde os actos cirúrgicos acontecerão maioritariamente quando programados, salvo raras excepções. O objectivo deste modelo é permitir atingir os níveis de desempenho, qualidade e eficácia exigidos pela sociedade e economia.

Segundo Serralheiro (2002), a gestão eficaz pressupõe a existência de equipas de administração competentes, com forte responsabilidade na gestão dos recursos financeiros (em especial, o dinheiro público) e com uma visão sistémica da missão do hospital / serviço.

A gestão de um hospital adequado e eficiente face às necessidades da actualidade, deverá garantir que a prestação de cuidados será realizada, minimizando a demora, o risco e a dor para o utente. Com efeito, a gestão hospitalar deverá assegurar a existência de uma estrutura arquitectónica apropriada, instalações e equipamentos adequados e, recursos humanos e financeiros suficientes. Deste modo,

“o modelo de gestão técnica e profissional dos hospitais, passa por a tutela encontrar a forma de contratualizar com órgãos de gestão, as metas e os indicadores de rendimento hospitalar que, por um lado garantam determinados níveis de acessibilidade aos utentes e, por outro estabeleçam níveis de performance dos equipamentos, de produtividade e de garantia de qualidade, exigíveis, face aos meios disponíveis e ao estado da arte”

(Serralheiro, 2002 p. 78).

O contrato de gestão poderá contribuir para a optimização dos recursos humanos e, simultâneamente, aumentar os níveis de satisfação do utente.

Serralheiro (2002) e os demais profissionais do sector propõem que a construção dos edifícios deverá assentar num modelo de “espaços verdes”, com o objectivo de aproveitamento e poupança de energia, para facilitar a eficiência na sua gestão de exploração.

A proposta dos profissionais de Saúde vai no sentido do estabelecimento de um modelo de investimento baseado num contrato de parceria Público / Público / Privado / Social entre o Ministério da Saúde; o Ministério da Educação; o Ministério do Trabalho e da Segurança Social; o Ministério do Equipamento Social; os Investidores Privados e as Fundações, etc. (Serralheiro, 2002).

Segundo Serralheiro (2002, p. 87), o processo de gestão deverá assentar

“num novo conceito de organização hospitalar, cuja dinâmica de gestão clínica e de procedimentos traduzirá o aproveitamento global e sistémico das novas Tecnologias de Informação, de Telecomunicações: Telemedicina, etc., de forma a potenciar o futuro próximo – Hospital Sem Papéis”

(Serralheiro, 2002, p. 87).

Em suma, de acordo com a proposta apresentada por Serralheiro (2002), o novo modelo de gestão hospitalar deve assentar nos seguintes critérios:

- O utente / cliente passa a assumir o papel central na lógica da gestão hospitalar;
- A dinâmica e a eficiência da administração do hospital depende e parte de um contrato de gestão estabelecido entre os órgãos de gestão e a tutela;
- A direcção técnica e a gestão são órgãos distintos; não existem membros eleitos em órgãos de gestão do hospital;
- A elaboração de contratos com os responsáveis dos serviços médicos e técnicos do hospital, onde são estabelecidos planos de acção que procurem a garantia da produtividade e a eficiência da prestação de cuidados, integrados nos objectivos globais do hospital;
- A definição do modelo de direcção e de gestão clínica, para satisfazer os interesses do utente, este modelo deve promover a existência de um novo modelo de afectação de pessoal médico, o aumento da produtividade, a satisfação da prestação de cuidados, as necessidades da população e os objectivos do hospital, expressos no contrato de gestão;
- O delineamento das regras de gestão orçamental e nível máximo de défice;
- O estabelecimento de contratos de prazos de pagamentos aos fornecedores não superiores a noventa dias, a fim de reduzir

substancialmente os preços, melhorar a capacidade de negociação com os fornecedores e aumentar o potencial dos mesmos;

- A separação distinta de verbas destinadas ao pagamento de despesas com o pessoal e verbas destinadas ao pagamento aos fornecedores, impedindo a utilização abusiva ou a troca das verbas;
- A implementação da avaliação anual dos hospitais, no que se refere aos seus órgãos de gestão e de direcção técnica e, na existência de incumprimentos não justificados do contrato de gestão e / ou planos de acção, deve possibilitar a cessação das respectivas nomeações;
- Praticar uma política de incentivos de desempenho ao nível do hospital, dos serviços e ao nível individual.

O objectivo primordial deste novo modelo de gestão visará o aumento da capacidade de atracção de clientes pela qualidade de serviços ao nível do atendimento, pela elevada qualidade de desempenho e fácil acessibilidade. Para Serralheiro (2002), num futuro próximo, deverá ser prática comum a liberdade do utente em escolher e procurar o serviço / hospital que mais lhe convém, independentemente da área de residência, sendo a escolha baseada na sua imagem de referência, no que se refere à eficácia e facilidade de acesso aos cuidados.

2.4.3. A gestão em termos de liderança

Quando se aborda o tema da gestão, um dos temas incontornáveis é o do estilo de liderança que se encontra implementado. A investigação sobre liderança, durante o século XX, pretendeu determinar a ideia de que os líderes possuíam qualidades especiais que os diferenciavam dos seus colaboradores (Jesuíno, 2005).

Segundo esta corrente, os líderes apresentavam características tanto físicas como psicológicas, que lhes permitiam assumir os lugares de liderança em todas as situações. Para Jesuíno (2005), só o indivíduo que fosse possuidor destas qualidades é que poderia aceder a lugares de topo na hierarquia das organizações. Nesta lógica, pode afirmar-se que os líderes eram escolhidos e não formados. No momento da selecção, era importante apreender quais os indivíduos que detivessem as características consideradas fundamentais num líder. A formação só seria útil aos que já possuíssem os traços necessários à liderança.

Na actualidade, esta abordagem está ultrapassada. Raramente, os traços são considerados os únicos factores a ter em linha de conta. Presentemente, a investigação considera que as características de um bom líder são contingenciais, isto é, variam consoante a situação concreta.

De acordo com Stogdill, citado por Rego & Cunha (2004), os indivíduos não se tornam líderes devido à combinação de traços. Um líder com determinados traços pode ser eficaz numa dada situação, mas ineficaz noutra. Este autor concluiu, também, que dois líderes com diferentes traços poderiam ser bem sucedidos na mesma situação. Assim, pode-se considerar que um determinado indivíduo que apresenta certos traços tem mais probabilidade de ser um líder eficaz do que o que não os tem, mas tal não lhe garante, de forma automática, a eficácia. Daí que, a importância relativa dos diferentes traços depende das situações.

No contexto social e das organizações, uma característica importante que o líder deve possuir é saber gerir a mudança.

O estilo directivo deve ser usado quando se pretende gerir a mudança em situações de crise, embora o líder possa socorrer-se do estilo persuasivo para decidir o modo como a mudança vai ser implementada (Rego & Cunha, 2004).

Em situações reactivas, o líder deve utilizar o estilo persuasivo de forma a obter o apoio dos colaboradores, fazendo-os participar em todo o processo. Só assim, estes se empenharão e contribuirão para um melhor processo de mudança.

Em situações antecipativas, o líder deve assumir um estilo participativo e delegativo, de forma que os colaboradores trabalhem no problema e que sejam parte da solução graças à sua capacidade, criatividade e inovação. Deve, por isso, delegar autoridade e responsabilidade aos seus colaboradores.

No processo de mudança é necessário ter em consideração que existem mutações que são incrementais e outras que são fundamentais. As primeiras são frequentes, evolutivas e não implicam grandes alterações; são o que se pode chamar de mudança na continuidade, e as segundas, as fundamentais, têm um grande impacto na estrutura e apresentam um carácter estratégico.

É da responsabilidade do líder da organização que o processo de transformação se dê de forma que possíveis resistências à sua implementação, bem como, possíveis consequências negativas no curto prazo, sejam minoradas.

2.4.4. A gestão da Qualidade na Saúde

Na actualidade, verifica-se a necessidade de tornar explícito e evidenciar, não apenas a qualidade dos actos de cuidar (como a racionalização na utilização dos recursos disponíveis), como também, a obtenção de melhores resultados. O desenvolvimento de modelos formais de Gestão da Qualidade tem sido uma preocupação de todos aqueles que se dedicam a estas matérias (Parente & Loureiro, 1998).

A gestão da qualidade tem evoluído ao longo do tempo a partir de um modelo baseado na inspecção dos produtos e serviços até chegar a uma cultura de gestão pela qualidade total, evolução que se encontra esquematizada no Anexo I.

De acordo com Parente & Loureiro (1998, p. 980),

“A Gestão pela Qualidade Total é uma forma de gerir que visa melhorar a eficiência e eficácia dos processos, garantindo o sucesso a longo prazo e indo ao encontro das expectativas e necessidades dos doentes / utentes, colaboradores, entidades financeiras e todo o meio envolvente da organização e da sociedade no seu todo”.

Desta forma, pode considerar-se que a Total Quality Management (TQM) é um modo de organização que se encontra centrado na qualidade, obtida com a participação de todos os membros, com objectivos a longo prazo. A satisfação do utente é o principal desafio que este conceito lança às entidades que o adoptam. De acordo com Nunes (s.d., p. 200),

“é erro risível e clássico para os médicos que frequentam cursos de gestão confundir qualidade dos cuidados prestados com satisfação do cliente. (...) contrariamente aos que alguns licenciados em Medicina igualmente pensam, a satisfação, é maior condicionante na perspectiva do doente do que a realidade material da sua situação nosológica (...)”.

Este modelo apresenta um conjunto de técnicas e metodologias que permite, com rigor científico, otimizar as capacidades das unidades prestadoras de cuidados de Saúde. A aplicação deste modelo a estas entidades revela uma alteração na postura dos órgãos de gestão para com os restantes interessados no Sistema de Saúde, promove uma profunda alteração cultural (Parente & Loureiro, 1998).

O modelo apresenta como determinantes, nove critérios base agrupados em dois grandes grupos de igual valor: as capacidades e os resultados. De acordo com Parente & Loureiro (1998, p. 981), *“Cada um dos nove blocos (...) corresponde a um critério que é usado para determinar o estado da organização na gestão pela qualidade total e no melhoramento contínuo da qualidade”.* Por entre estes blocos destacam-se a liderança, os processos e os resultados.

A liderança deve estar, de forma sistemática, orientada para a qualidade total. A necessidade de uma preocupação constante com a qualidade prende-se também com o carácter dinâmico que esta apresenta, o que requer uma constante

adaptação da organização, em termos de valores e critérios, às novas realidades circundantes. É por esta razão que o próprio modelo está em evolução.

A capacidade de auto-avaliação também se revela como um dos elementos para gerar um verdadeiro processo de melhoria da qualidade. De acordo com Parente & Loureiro (1998, p. 983), a auto-avaliação *“(...) desempenha um papel fundamental, ao permitir que a organização se conheça melhor num quadro formal organizado e com uma metodologia conhecida, permitindo assim a comparação intra e interinstitucional de uma realidade num dado tempo e a sua exploração”*. O desenvolvimento desta metodologia pode ser realizado com elementos internos à unidade de prestação de cuidados de Saúde ou equipas, e estão presentes elementos independentes com competências neste tipo de avaliações.

A auto-avaliação, por envolver os colaboradores da unidade, permite que estes se sintam motivados, não só em conduzir este processo, como em participar na elaboração de medidas correctivas que se revelem necessárias. Os processos alcançados em termos da melhoria da qualidade serão partilhados entre todos, o que contribuirá ainda mais para a motivação dos colaboradores.

2.5. Sistemas de Informação e a melhoria da gestão no sector da Saúde

Segundo Amaral & Varajão (2000, p. 9), um Sistema de Informação (SI) é:

“um sistema que reúne, guarda, processa e faculta informação relevante para a organização (...), de modo que a informação é acessível e útil para aqueles que a querem utilizar, incluindo gestores, funcionários, clientes, (...). Um Sistema de Informação é um sistema de actividade humana (social) que pode envolver ou não a utilização de computadores”.

Trata-se de uma combinação de procedimentos, informação, pessoas e TI, organizadas para o alcance dos objectivos de uma determinada organização.

Os SI funcionam como ferramenta da Gestão por objectivos, pois, ajudam a estabelecer metas relevantes e quantificadas, permitem não só monitorizar resultados e performances como, também, alertar os gestores de cada nível da

organização de todas as variações entre resultados, objectivos pré-estabelecidos e orçamentos.

A implementação dos SI na Saúde tem permitido atingir, de acordo com Amaral & Varajão (2000), os seguintes objectivos:

- Administrativo – uma vez que, se pretende registar os dados demográficos dos doentes, bem como, os dados do funcionamento da instituição;
- Financeiro – visto que, se quiserem, podem registar dados relativos aos custos ou receitas de serviços prestados;
- De stock – é necessário realizar a gestão de stocks das instituições;
- Clínico – porque, se pretende registar os dados de saúde e doença de utentes.

É de mencionar que os SI têm uma grande aplicação aos cuidados primários, pois, são sistemas que ajudam na gestão clínica do paciente. Ao nível da prática médica incluem-se funcionalidades como:

- O agendamento;
- O registo da consulta;
- Os tratamentos;
- A análise de dados laboratoriais e de imagem;
- A prescrição médica.

Também podem incluir sistemas de apoio à decisão, sistemas de gestão da doença e acesso ao apoio clínico online.

A aplicação de um SI a uma unidade de Saúde é útil para os hospitais. É um sistema desenhado para auxiliar a gestão de toda a informação clínica e administrativa da instituição, e permite melhorar a qualidade da prestação de cuidados de Saúde. Um SI hospitalar tem por objectivo integrar outros sistemas já existentes.

Os profissionais de Saúde estão deste modo cientes, que a sua principal função consiste no apoio à prestação de serviços a utentes de modo a otimizar esses recursos. Há, no entanto, uma multiplicidade de clientes e de serviços a

serem prestados (Martin e Henderson, 2004), o que requer diferentes abordagens e soluções.

Uma solução, para alguns dos casos, pode passar pelo e-Health, que consiste na aplicação das TIC às funções que afectam a saúde, ou seja, através do recurso a estas ferramentas tecnológicas, procura-se satisfazer as necessidades do cidadão no campo da Saúde.

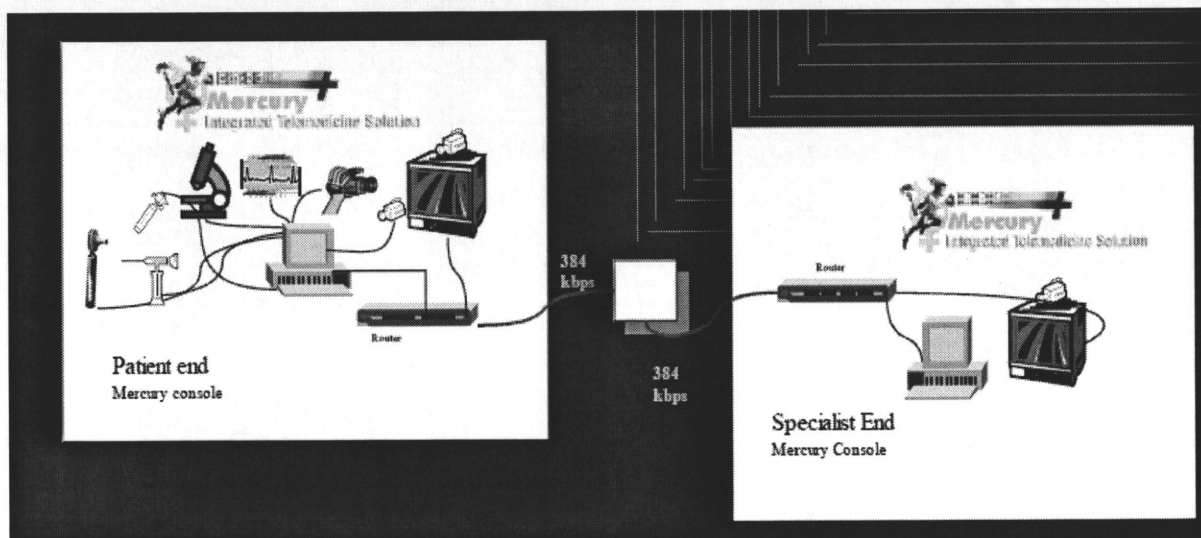
Segundo Silber (2003) o e-Health traz consigo uma série de oportunidades atractivas, que poderão transformar as relações, entre os diversos agentes envolvidos num processo de prestação de cuidados no campo da Saúde.

Assim, o paciente, ao usar o e-Health, poderá aceder à informação online a partir de um computador, usar ferramentas para procurar uma melhor solução, participar em comunidades electrónicas e pedir uma segunda opinião através das mesmas.

Os cuidados preliminares incluem o uso das TIC pela equipa preliminar dos cuidados de Saúde para a gestão dos pacientes, para os registos médicos e para a prescrição electrónica. Os profissionais de Saúde devem começar a exigir formação nesta área, na medida em que este é um dos canais de prestação de cuidados de Saúde com maior desenvolvimento e maior potencialidades. Esta formação deve assumir características de continuidade, porque o desenvolvimento tecnológico que se verifica, tanto em termos de programas informáticos como em termos de hardware, desactualiza rapidamente os conhecimentos adquiridos.

Um dos componentes do e-Health é o Home Care, que inclui os serviços de cuidados ao domicílio, através das Telecomunicações, a um paciente que se encontre acamado.

Um possível esquema de Telemedicina é apresentado na figura 3.



Fonte: Bedi (2003)

Figura 3 – Sistema de Telemedicina

Através das TIC, os Hospitais podem programar melhor a actividade logística e disponibilizar um vasto leque informações uteis sobre consultas especializadas, laboratórios de diagnóstico, projectos de investigação, ensaios clínicos e grupos de apoio relacionados com este tipo de doenças. Permitem o envio de mensagens electrónicas entre o hospital e os outros agentes prestadores de cuidados de Saúde, facilitando o cruzamento de dados clínicos, administrativos e de Telemedicina.

Caso os utentes necessitem de acompanhamento médico com regularidade e tenham dificuldade em se deslocar às unidades de Saúde, o e-Health disponibiliza um conjunto de recursos técnicos, que permitem que esse acompanhamento aconteça sem que o utente tenha de se ausentar de casa.

Pela Europa, foi lançada a Orphanet, uma iniciativa que tem por base e vai ao encontro da definição do e-Health. Este modelo tem grandes potencialidades e assenta numa base de dados relacional, com informações sobre doenças raras, medicamentos e pretende contribuir melhorar o diagnóstico, o acompanhamento e o tratamento. A comunicação rápida entre os profissionais de Saúde, situados em diferentes pontos do planeta ou o acesso a uma base de dados com vasta informação, constituem uma das mudanças mais marcantes que pode melhorar a prestação de serviços na área da Saúde.

A Orphanet é constituída por uma enciclopédia online, realizada por diversos especialistas europeus, e proporciona, uma lista de serviços adaptada

às necessidades dos doentes, das famílias, dos profissionais de Saúde e dos investigadores. Actualmente, a Orphanet inclui três mil, seiscentas e oitenta e sete (3.687) doenças, com informação científica detalhada sobre cerca de mil e cem delas (1.100), incluindo um texto descritivo e lista de sintomas (Orphanet, 2007).

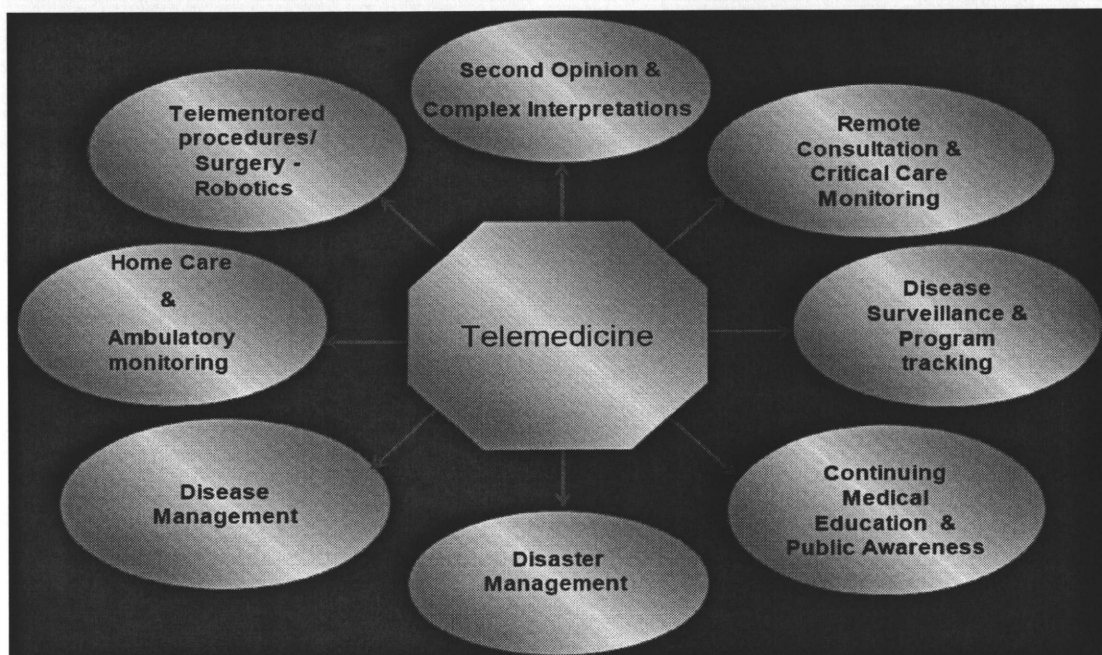
O e-Health, segundo Eysenbach (2001), proporciona maior eficiência ao nível dos cuidados de Saúde e contribuem para a diminuição de custos, evitando não só o recurso desnecessário aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como a duplicação de terapêuticas desnecessárias.

No entanto, há que ter em conta a qualidade dos cuidados, ou seja, a eficiência deve permitir a redução de custos sem que a melhoria da qualidade seja descurada. Um dos exemplos para atingir a qualidade no e-Health, passa por colocar os diferentes fornecedores à disponibilidade dos pacientes, para que eles possam escolher os melhores.

É importante mencionar que o e-Health proporciona uma maior consciencialização dos consumidores / pacientes, isto é, os pacientes, através das bases de conhecimento da Medicina e dos registos electrónicos acessíveis na Internet, ficam aptos a fazer uma auto-avaliação sobre a sua patologia, e ponderam ser mais críticos na medicação e tratamentos receitados. Proporciona, também, um novo tipo de relação entre o paciente e o profissional de Saúde, e visa uma verdadeira parceria, onde as decisões são efectuadas de uma maneira compartilhada.

O autor supracitado refere, também, que o e-Health permite a troca e a transmissão de informação de forma estandardizada entre os diversos estabelecimentos de cuidados de Saúde. As potencialidades do modelo abrangem os cuidados em Medicina e muitas destas ainda estão subaproveitadas.

Na figura 4 estão esquematizadas algumas das situações, em que a Telemedicina pode ser utilizada com resultados positivos.



Fonte: Bedi (2003)

Figura 4 – Algumas das aplicações da Telemedicina

No entanto, para que este sistema resulte, é necessário que se baseie num código ético. Deste modo, o e-Health envolve uma interacção entre o paciente e o médico.

O autor Eysenbach (2001) exprime que o e-Health é uma “promessa” de equidade ao nível dos cuidados de Saúde. Contudo, nas sociedades onde existe um grande diferencial entre ricos e pobres, estes últimos não poderão aceder aos computadores. Em consequência, estes pacientes serão os que menos beneficiarão com os avanços das Tecnologias de Informação (TI), a menos que se tomem medidas políticas para assegurar o acesso de forma equitativa.

- **Novas Tecnologias de Informação**

Na Região Autónoma da Madeira, foi implementado um projecto de Sistemas de Informação, com o objectivo genérico de contribuir para a melhoria dos Indicadores de Saúde, através da implementação de um Sistema de Informação comum a todas as unidades de Saúde desta região. As tecnologias utilizadas assentam em bases de dados relacionais, processo clínico multimédia, vídeo-conferência e Intranet. Este sistema disponibiliza serviços de identificação, marcação de consultas e exames, urgências e módulos de especialidade. A

criação desta rede telemática integrada teve um impacto positivo na qualidade de prestação de serviços que permitiram o acesso, em média, de três mil e duzentos (3.200) utentes por dia.

O projecto ITHACA é constituído por um consórcio que engloba dez países, entre os quais Portugal. O objectivo deste projecto passa por melhorar a qualidade dos cuidados prestados, através da integração e validação de serviços telemáticos, capazes de suportar a partilha de informação relevante entre os diversos profissionais no processo da prestação de cuidados. O grupo de utentes contemplados no projecto são: os idosos, as mulheres, as crianças e os doentes mentais.

O projecto MAC II 2006 tem como linhas estruturantes a informação, a comunicação e a interacção. Entre os objectivos destacam-se a melhoria das acessibilidades, a avaliação da satisfação do utente com base nos serviços prestados, a integração dos serviços direccionados para o utente fomentando o apoio da formação, e o aperfeiçoamento profissional. Para tal, disponibiliza uma Intranet institucional e a criação de um núcleo de Tecnologias da Informação.

Em relação à utilização da Internet, pode considerar-se útil o projecto existente desde 2005, "Um sorriso com as Tecnologias de Informação e Comunicação". Este programa contou com a entrega de computadores, câmaras, ligação à Internet e software lúdico-didáctico para crianças, pais e pessoal hospitalar, com objectivos de formação.

- **Novos modelos de gestão e organização**

Foi implementado um novo modelo no Instituto de Oncologia do Centro do Porto, com a finalidade de melhorar o nível de assistência, através da normalização do atendimento e da unificação dos cuidados na assistência tanto nos Hospitais como nos Centros de Saúde. Foi também rentabilizada a tecnologia diagnóstica, de forma a torná-la acessível a todos. Para tal, realizaram-se reuniões entre os serviços hospitalares afins, para estabelecer um Plano Multilateral de Cooperação com a celebração de protocolos, que serão enviados à Direcção-Geral de Saúde, responsável pela sua exequibilidade.

Para tal, foi instalado um sistema informatizado que abrange as Instituições de Saúde da mesma área. Este sistema, apesar de dispendioso, permite:

- A rentabilização de tempo em termos de execução de tarefas e de procedimentos;
- Maior facilidade nas transferências de doentes;
- A redução do número de dias de internamento hospitalar.

Tais ganhos só serão viáveis com a simplificação da componente burocrática dos diferentes serviços.

O projecto Centro de Informação de Medicamentos (CIM), tem por finalidade a recolha de toda a informação sobre a medicação. Este projecto permite a organização e a distribuição de informação sobre os novos medicamentos, através de um boletim informativo.

O Sistema de Informação e atendimento do serviço de urgência de um hospital apresenta uma forte complexidade ao nível das comunicações entre as diferentes estruturas.

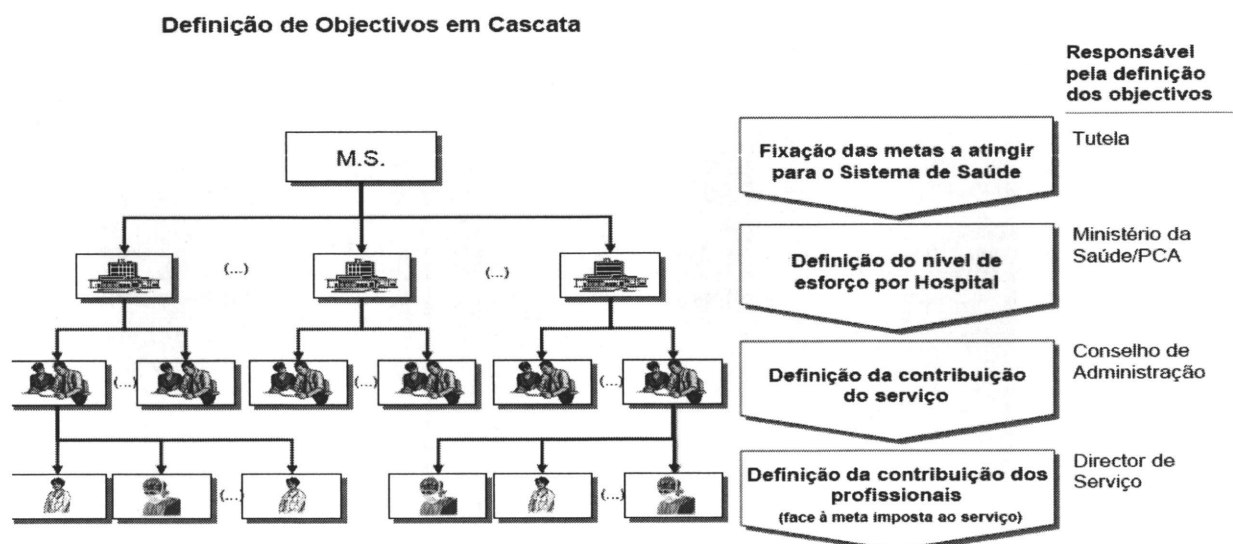


Figura 5 – A definição dos objectivos em cascata

2.6. Dados sobre a situação actual

Em relação aos recursos humanos em Portugal, segundo Martins *et al.* (2003): verifica-se que três vírgula setenta e seis por cento (3,76%) da população portuguesa que está empregada, exerce uma actividade relacionada com a saúde, de acordo com a Classificação Portuguesa das Actividades Económicas. Esta percentagem é repartida, por médicos, enfermeiros, vigilantes, assistentes, técnicos e trabalhadores similares (Martins *et al.*, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, a gestão dos serviços de Saúde em Portugal encontra-se bastante deficitária, na medida em que há, ainda, uma escassa cultura de qualidade que fomente a melhoria pessoal e coloca ao serviço da organização. As unidades de Saúde não investem o suficiente no desenvolvimento da construção de uma cultura de excelência nos serviços que prestam. Os profissionais de Saúde não têm, por parte da organização, o devido incentivo para prestarem serviços com elevado padrão de qualidade.

A organização dos serviços de Saúde está assente em métodos e procedimentos que são desadequados para o que a realidade social e empresarial exige. Uma das justificações para esta situação passa por não existirem indicadores de desempenho de apoio à decisão.

As potencialidades da Telemedicina ainda estão subaproveitadas; por esse facto, ainda não se verificou o aumento da eficiência dos serviços de Saúde (DGS, 1997). Este subaproveitamento deve-se, em grande parte, ao desconhecimento, por parte dos profissionais de Saúde, das suas potencialidades e da assimetria que ainda se regista no acesso à tecnologia.

Os utentes têm um acesso limitado à informação pelo que desconhecem os seus direitos e a melhor forma de utilizar os recursos disponíveis no SNS. Tal situação conduz, por exemplo, ao uso inapropriado das urgências.

A alteração demográfica e conseqüentemente a mudança não foi acompanhada com a oferta, o que originou uma forte ineficiência nas unidades de Saúde.

No contexto da inovação dos modelos de gestão e financiamento na Saúde tem-se defendido o modelo de Hospitais SA. É um processo de empresarialização hospitalar, que se insere numa política de modernização e revitalização do SNS, e pressupõe a adopção de uma gestão inovadora com carácter empresarial, orientada para a satisfação das necessidades do utente.

Através destas unidades, é disponibilizado um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de Saúde e promove-se o desenvolvimento e o mérito dos respectivos profissionais (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a privatização dos hospitais consiste na “(...) *criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no utente e assente na eficiência de gestão. Em termos jurídicos, estas alterações de modelo representam a transformação dos hospitais em entidades públicas empresariais*”. Ou seja, os hospitais passam a ser geridos como empresas privadas. No entanto, a tutela destes, em matérias da Saúde e das Finanças, mantém-se no Estado.

É importante mencionar, que estes hospitais são regidos por um modelo organizativo, que é definido através dos seus regulamentos internos. Segundo a fonte supracitada, a lógica de gestão destes hospitais é em cascata. O modelo empresarial é um modelo de gestão por objectivos, centrado no utente.

O que significa que “*a gestão por objectivos, bem como a introdução da lógica de apresentação de resultados, constituem importantes instrumentos indutores de eficiência*” (Ministério da Saúde, 2007), ou seja, passa-se de uma cultura de orçamento anual baseada em custos históricos, para uma cultura de desempenho baseada na optimização da gestão.

Os benefícios proporcionados aos utentes através destes hospitais encontram-se ao nível da qualidade clínica, da facilidade de acesso a profissionais especializados, da melhoria de serviço e atendimento.

No que diz respeito aos profissionais deste âmbito, existirá uma maior autonomia e, por consequência, uma maior responsabilização, pois estarão expostos a uma nova cultura organizacional, que procurará centrar-se mais nas necessidades dos utentes e na melhoria efectiva das condições de trabalho (Ministério da Saúde, 2007).

Capítulo III – Metodologia

3.1. Abordagem metodológica

O primeiro passo metodológico para a elaboração de um trabalho de investigação passa por elaborar o plano do objecto em estudo, criando um fio condutor com o objectivo de orientar todo o processo de pesquisa. Tendo em conta esta preocupação, autores como Quivy & Campenhoudt (2003, p. 29) referem que: *“o investigador deve obrigar-se a escolher rapidamente um primeiro fio condutor tão claro quanto possível”*.

Também Fortin (1999) define a metodologia como sendo um conjunto de métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica.

A investigação científica segundo Burns & Grove, citados por Fortin (1999), consiste num processo sistemático que tem como objectivo validar conhecimentos estabelecidos e produzir outros, que de forma directa ou indirecta, irão gerar benefícios na área onde foram desenvolvidos.

Se houver a preocupação, por parte de todos os investigadores, no cumprimento dos padrões éticos na elaboração dos trabalhos de investigação, os mesmos serão encarados como válidos pela comunidade científica e fonte de novos conhecimentos. É esta preocupação que leva Forattini (1995, p. 81) a afirmar que *“para tanto, a assim chamada comunidade científica deverá pautar-se por normas de conduta, não apenas na realização da pesquisa em si, como também na divulgação de informações e dos conhecimentos adquiridos”*. A credibilidade dos trabalhos reconhecidos como científicos permite que a partir dos conhecimentos daí resultantes se possam desenvolver ou adicionar novos conhecimentos.

É este o compromisso que deve reger a actividade de um investigador durante a realização da sua actividade. O compromisso com o rigor científico é pois, uma das preocupações neste trabalho. Pretende-se construir conhecimento, adoptando os procedimentos que melhor se adequem ao tema em questão. Isto porque, como considera Fortin (1999), a preocupação do investigador não deve

residir na técnica a utilizar, mas antes no zelo pelo rigor científico e pela consequente validação dos resultados.

Daqui se depreende, que durante um processo, haverá a preocupação de ter uma constante reflexão crítica em relação às acções e decisões que vão sendo tomadas, sempre no interesse dos resultados, bem como, no bem-estar dos elementos participantes no estudo.

De acordo com Fortin (1999), no processo de elaboração de um estudo é necessário proceder à definição de determinados elementos que se revelem fundamentais, como sejam o tipo de estudo, o meio onde é realizado, a selecção dos participantes no estudo, o tamanho da amostra, os instrumentos para a recolha de dados e os objectivos gerais e específicos.

É imperativo formular a pergunta de partida que dá o mote a este trabalho, pois, segundo os autores supracitados (2003, p. 32), a questão de investigação “(...) constitui normalmente um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico: a ruptura com os preconceitos e as noções prévias”. Opinião esta partilhada por Yin (1989), ao considerar que o passo mais importante a dar numa investigação é a definição da questão de pesquisa.

Após uma reflexão sobre esta temática e de terem sido consultadas algumas obras considera-se, que o processo de investigação deve ser orientado pela seguinte questão de partida:

Qual a perspectiva dos profissionais de Saúde nas inovações de gestão do hospital em estudo?

Como este estudo é, na sua essência, sobre um problema social considera-se, segundo Quivy & Campenhoudt (2003, p. 13), que é essencial que se “(...) seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real”. Pretende-se, então, perceber como é que as mudanças foram apreendidas pelos indivíduos, ou seja, os profissionais que têm um carácter permanente no Sistema de Saúde. Ao contrário da maioria dos doentes que têm apenas um contacto limitado no tempo e superficial com os fenómenos ligados à gestão e às inovações no modo de funcionamento de uma unidade de

Saúde como o Hospital, o profissional de Saúde tem um conhecimento profundo na forma como as actividades são geridas.

Na elaboração desta questão de investigação são tidas em linha de conta as características apresentadas por Quivy & Campenhoudt (2003), que enunciaram como fundamentais para que a pergunta se assuma como uma verdadeira questão de investigação e sirva como elemento orientador de todo o processo de investigação com clareza, exequibilidade e pertinência. Esta questão de partida reporta para os seguintes objectivos:

Objectivo Geral

- Determinar de que forma o profissional de Saúde avalia os procedimentos de gestão implementados.

Objectivos Específicos

- Compreender se a mudança de gestão teve ou não um impacto significativo na actividade do profissional;
- Questionar sobre a adopção de medidas que visem a melhoria do Sistema de Gestão;
- Indagar se os profissionais se sentem aptos para lidar com as Tecnologias de Gestão introduzidas;
- Determinar o grau de receptividade ao aparecimento de novos Sistemas de Informação / Gestão.

Estes são os objectivos que este trabalho propõe dar respostas significativas ou identificar problemas na obtenção para que, *à posteriori*, outros métodos e instrumentos devam ser utilizados (no decurso da realização do mesmo, em particular, na recolha de dados para a elaboração da parte empírica). Com estes objectivos serão analisadas as seguintes dimensões:

- Inserção do Sistema de Gestão na Unidade Hospitalar;
- Passagem para o Sistema SA;
- Relação do Sistema de Informação / Gestão / Qualidade de Serviços;
- Impacto da cultura organizacional nos Sistemas de Gestão / Informação;
- Falhas do Sistema;
- Competências dos profissionais de Saúde;
- Acções de formação na área do Sistema de gestão;

- Inovação no Sistema de Gestão;
- Medidas a aplicar na área da Gestão / Comunicação.

A mudança é um fenómeno com o qual o homem sempre teve de se confrontar. Actualmente, o ritmo da mudança é tão intenso que criou como consequência, um maior esforço de adaptação.

Também no campo da Saúde, o ritmo de mudança teve um aumento significativo desde os finais do século XX, não só em termos das descobertas médicas, como também na relação entre utente e profissional de Saúde na forma como o Sistema de Saúde está organizado.

As unidades de prestação de cuidados de Saúde, em particular os Hospitais, vêem-se confrontadas com importantes restrições orçamentais e, em simultâneo, com uma crescente pressão da sociedade para oferecer melhor qualidade dos serviços. É dentro deste dilema que os profissionais de Saúde e os responsáveis pela pasta da Saúde procuram encontrar soluções que permitam satisfazer estas duas condições.

O aparecimento de avaliações externas e comparações com os Sistemas de Saúde de outros países reforçam a pressão que existe, no sentido de melhorar o sistema. A recente publicação do Índice Europeu do Consumidor de Serviços de Saúde, da autoria da Health Consumer Powerhouse, revelou que Portugal se encontra em décimo nono lugar entre vinte e nove países europeus, na escala da prestação de Serviços de Saúde (Expresso, 2007). As principais lacunas no sistema português prendem-se com as demoras na obtenção dos serviços e na qualidade de algumas especialidades.

Estas avaliações não só colocam pressão sobre o sistema e respectivos profissionais, mas também por via da comparação internacional.

A inovação em termos técnicos e de processos torna-se um imperativo no sentido de melhorar a qualidade, comparativamente aos outros países. É importante considerar as melhorias que se registaram com as alterações em termos de gestão.

Dotar os hospitais públicos de uma gestão empresarial foi um processo iniciado no ano de 2003, com a elaboração de um conjunto de diplomas legais que enquadram a reforma no Sistema de Saúde. No total, trinta e quatro Hospitais foram transformados em trinta e uma Sociedades Anónimas (SA), de

capital unicamente público. Este processo obrigou à contextualização da relação entre os Hospitais SA e o SNS. A lógica de cobertura dos custos é substituída pelo pagamento dos serviços efectivamente prestados, de acordo com a complexidade técnica.

A formalização de um contrato-programa visa dois objectivos:

- Permitir ao hospital programar a sua actividade e os recursos financeiros de que dispõe com base num quadro plurianual, objectivando uma melhor gestão orçamental pelo SNS, determinando os serviços clínicos a prestar;
- Modernizar a gestão com o intuito de melhorar a qualidade e racionalizar a utilização de recursos, de acordo com a lógica da criação dos Hospitais SA.

Em Portugal, na área da Saúde, têm surgido um conjunto vasto de iniciativas que procuram inovar em diversas instituições. Muitas destas inovações, tendem a constituir uma solução válida para problemas específicos apresentados por cada instituição. Neste trabalho apresentam-se algumas das experiências que se julgam interessantes.

Para investigar a credibilidade dessa solução considerou-se o estudo de caso como a metodologia mais adequada, tendo em conta a pergunta de partida e os objectivos formulados. Como refere Neves (1994, p. 3), *“O objecto do estudo de caso, é a análise profunda de uma unidade de estudo”*. Este constitui uma metodologia que tem ganho cada vez mais adeptos entre a comunidade científica. A definição de Eisenhardt (1989) também segue esta linha de pensamento, ao considerar que se trata de uma estratégia de pesquisa que se foca na compreensão da dinâmica de um fenómeno contemporâneo.

De acordo com Yin (1989) este tipo de investigação consiste numa recolha empírica de um fenómeno contemporâneo no seu contexto real que deve ser aplicado quando as fronteiras entre o contexto e o fenómeno não estão bem definidas. No entender de Godoy, citado por Neves, o estudo de caso

“(…) visa ao exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação particular. (...) tem-se tornado a modalidade preferida daqueles que procuram saber como é que certos fenómenos

acontecem ou dos que se dedicam a analisar eventos sobre os quais a possibilidade de controle é reduzida, ou quando os fenómenos são actuais e só fazem sentido dentro de um contexto específico”

(Neves, 1994, p. 3).

A complexidade do fenómeno em estudo neste trabalho detalha um ambiente específico, por isso, a adopção deste método afigura-se como sendo o mais adequado. Os casos de estudo podem envolver casos simples ou múltiplos e diferentes níveis de análise (Eisenhardt, 1989).

Neste tipo de metodologia é muito importante a definição da pergunta de investigação pode começar por apresentar um carácter geral, de acordo com Mintzberg, citado por Eisenhardt (1989); não interessa a dimensão reduzida da amostra, nem o tema escolhido. O que conta é o processo de pesquisa com um objectivo específico que permita focalizar, de forma sintética, o tipo de dados a recolher. A questão de investigação permite obter essa focalização para evitar um excesso de dados que se mostrem irrelevantes para o tema abordado.

No presente trabalho considera-se que a metodologia mais adequada, tendo em conta a pergunta de partida e os objectivos formulados é o Estudo de Caso. Este pode combinar diversos instrumentos de recolha de dados, tais como: entrevistas, documentos de arquivos, questionários e observação presente (Eisenhardt, 1989).

É um estudo descritivo simples, *”descreve simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer características dessa população ou de uma amostra desta”* (Fortin, 1999), visa identificar uma situação real e permite formular questões que posteriormente podem ser analisadas.

Dada a opção de levar a cabo um estudo de caso, considerou-se que seria pertinente adoptar o percurso metodológico ou desenho metodológico proposto por Yin (1989) que consiste nas seguintes fases: preparação, desenvolvimento e finalização.

Preparação:

Na fase de Preparação da investigação, foi formulada a pergunta de partida tendo em conta a aplicação de medidas que visam uma melhoria dos serviços prestados com custo mais baixo, tais como a Telemedicina, a reorganização da gestão hospitalar com a introdução de novos procedimentos de trabalho, de ferramentas e de técnicas de gestão.

Na estrutura do trabalho está englobado:

- O desenvolvimento da teoria (objectivos do estudo e revisão da teoria);
- A selecção do caso (definição do processo operacional);
- A preparação e selecção dos dados (selecção das técnicas de recolha de análise de dados)

Nesta fase, proceder-se-á ao contacto com o hospital em estudo para a realização da parte empírica do trabalho, com o intuito de encontrar os participantes para as entrevistas.

Depois do trabalho estruturado, passar-se-á à fase de desenvolvimento.

Desenvolvimento:

Nesta fase, far-se-á a condução do estudo de caso com a realização de entrevistas e o material documental considerado relevante. À medida que os dados vão sendo recolhidos serão analisados e relacionados. Em simultâneo, serão redigidos os resultados.

Finalização:

Na terceira e última fase deste percurso estabelecer-se-á um estudo comparativo entre os dados obtidos e a teoria referida, para perceber até que ponto ela confirma, acrescenta algo ou contradiz. Se tal acontecer, a teoria deverá ser reequacionada.

O trabalho só será dado como concluído após a revisão final.

O quadro que se segue é demonstrativo do modelo metodológico proposto por Yin (1989).

Preparação	Nesta fase é formulada a pergunta de partida, através da aplicação de medidas, tais como: a reorganização da gestão hospitalar, a introdução de novos procedimentos, ferramentas e técnicas de gestão para melhorar a qualidade dos serviços prestados. É nesta fase que se procuram com os participantes para o desenvolvimento do trabalho empírico.
Desenvolvimento	Nesta fase são realizadas as entrevistas semi-estruturadas, utilizando, para o efeito, os guiões e os protocolos construídos, que vão permitir a obtenção da recolha de dados que serão analisados e relacionados, posteriormente.
Finalização	Nesta fase, o percurso metodológico, permite estabelecer, uma comparação entre a teoria desenvolvida e os dados obtidos.

Tabela 1 – Fases do modelo metodológico de Yin (1989)

Num estudo de caso, a pesquisa pode envolver a recolha de dados quantitativos, qualitativos ou ainda de ambos (Yin, 1989). Na realização do presente estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa. Na opinião de Liebscher, citado por Dias (2000), a abordagem qualitativa é apropriada, quando o fenómeno em estudo é

“(...) complexo, de natureza social e não tende à quantificação. Normalmente, são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa. Para aprender métodos qualitativos é preciso aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas”

(Liebscher in Dias, 2000, p. 1).

Segundo Gody, citado por Neves (1994), o conjunto das características essenciais numa abordagem qualitativa são:

- O ambiente natural como fonte directa de dados;
- O pesquisador como instrumento fundamental em todo o processo dotado de carácter descritivo;
- O significado que os participantes dão ao fenómeno em estudo, deve constituir uma das preocupações do investigador;

- O enfoque indutivo.

O investigador é o elemento fundamental em todo o processo de pesquisa, deve manter uma conduta participante com o intuito de captar o universo das percepções, emoções e das interpretações dos participantes no estudo, no seu contexto social e profissional. Ele é chamado a assumir o papel de interpretador da realidade, ao estabelecer uma relação de intersubjectividade entre o investigador e o participante no estudo. Tal, revela-se indispensável para que possa apreender os significados que emergem do participante (Moreira et al, 2007).

As finalidades que se pretendem atingir com esta metodologia são diversificadas, pois, podem fornecer uma descrição do fenómeno, testar ou criar uma nova teoria (Eisenhardt, 1989).

3.2. A população alvo

A população em estudo exerce funções num Hospital Central Especializado, situado na região de Lisboa e Vale do Tejo.

3.3. A amostra

A amostra é acidental não aleatória, porque, *“é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso. Segundo este método, os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso”*. É uma réplica em miniatura da população alvo, e deve ser representativa da população visada, ou seja, as características desta população, devem estar presentes na amostra seleccionada (Fortin, 1999).

A dimensão da amostra neste tipo de abordagem é por conveniência e por norma não é de grande dimensão. São um total de vinte e dois elementos, dos quais onze são profissionais de Saúde (Técnicos de Farmácia), e os restantes onze, são chefias da unidade hospitalar (Médicos).

O investigador deve procurar que os participantes do estudo sejam pessoas com conhecimento do assunto em questão, uma vez que, se busca a

singularidade, o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenómeno estudado (Moreira *et al.*, 2007).

3.4. Os critérios de inclusão

Para este estudo julgou-se pertinente e mais adequado usar uma amostra accidental, respeitando um conjunto de critérios que se enunciam: deve trabalhar num Hospital SA e ter trabalhado, no mínimo, um ano nesse mesmo hospital, antes deste ter assumido a gestão SA, por forma a poder estabelecer um quadro comparativo entre as duas situações, destacando em particular, as inovações que se registaram nas diversas áreas.

3.5. A construção do instrumento de recolha de dados

Dados os objectivos estabelecidos para o presente estudo, considera-se a estratégia mais adequada a entrevista semi-estruturada baseada nos guiões/protocolos de entrevistas.

De acordo com Moreira et al. (2007), a entrevista semi-estruturada é “(...) aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que fundamentam a pesquisa, onde apenas algumas questões e tópicos são pré-determinados. Inclusive, muitas questões podem ser formuladas durante a entrevista, onde as irrelevantes são abandonadas”. Esta opção atribui maior grau de liberdade ao investigador para conduzir a entrevista como achar ser mais conveniente para a obtenção de dados que se revelem pertinentes (Patton, 1990).

A entrevista com este tipo de estrutura e a sua condução dependem de um guião, construído para o trabalho de campo e que abordam os seguintes aspectos: o bloco das áreas de estudo com os diferentes tópicos (legitimação da entrevista e motivação do entrevistado, perfil do entrevistado, avaliação do sistema, as competências do profissional e as sugestões), os objectivos específicos, as perguntas principais e secundárias, os aspectos que se pretendem retirar das entrevistas registadas por escrito, entre Março e Abril de 2009.

No decurso desta, o entrevistador pode abordar questões relevantes para o tema em estudo e que ainda não haviam sido consideradas aquando da realização do guião, questões essas que surgem em consequência das respostas dadas pelo entrevistado e que não haviam sido consideradas por parte do investigador, permitindo ao investigador adicionar ao seu trabalho, temáticas pertinentes que poderão enriquecer o seu conteúdo. A opção por este tipo de entrevista permitirá obter a informação sobre a percepção que os profissionais de Saúde têm sobre a matéria em questão, permitindo-lhes expressar opiniões sobre a gestão e as consequências das alterações operadas.

Os estudos elaborados sobre esta temática são de cariz quantitativo, com avaliação de dados numéricos e de índices, que não reflectem a percepção do profissional de Saúde.

3.6. Profissional de Saúde (Técnico de Farmácia)

3.6.1. Guião de entrevista

Tema: As inovações na Saúde

Entrevistador: Stella Satar

Entrevistado: Profissional de Saúde (Técnico de Farmácia)

OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS

Bloco	Objectivos Específicos	Tópicos
A – Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	1 - Legitimar a entrevista; 2 - Motivar o entrevistado; 3 - Garantir a confidencialidade.	- Motivos da Entrevista; - Importância da colaboração para o trabalho; - Confidencialidade das informações.
B – Perfil do entrevistado	1 - Recolher dados sobre a experiência profissional do entrevistado.	- Percurso profissional; - Sua inserção no meio específico de trabalho; - Avaliação da sua satisfação no desempenho das suas funções.
C – Avaliação dos sistemas	1 - Perceber qual a percepção do profissional face ao sistema implementado; 2 - Determinar o nível de aceitação do Sistema de Gestão / Informação; 3 - Avaliar se o profissional se sente integrado no processo de inovação.	- Determinar a avaliação que o profissional faz do sistema; - Obter informações sobre o impacto do sistema nos serviços.
D – As competências do profissional.	1 - Determinar se o profissional sente que tem capacidades necessárias para trabalhar com o sistema; 2 - Aferir quanto a formação nesta área.	- Indagar de que forma a formação pode potenciar o desempenho e a competência do profissional; - Saber se o plano de acções de formação foi bem estruturado.
E – Sugestões	1 - Perceber quais as sugestões que os profissionais consideram que podem melhorar o sistema.	- Priviligiar e melhorar a comunicação; - Envolver todos os colaboradores.

3.6.2. Protocolo da entrevista

1. Poderia falar-nos um pouco da sua experiência profissional, em particular do impacto que sentiu quando o Sistema de Gestão da unidade hospitalar foi alterado?
2. Como é que avalia os procedimentos de gestão que estão implementados no serviço em que trabalha?
3. Sente que os Sistemas de Informação / Gestão têm um impacto significativo na qualidade dos serviços prestados?
4. Considera que tem as competências necessárias para tirar o melhor partido do sistema?
5. Frequentou alguma acção de formação sobre Sistemas de Gestão?
6. Quais os aspectos que considera que poderiam ser melhorados na área da Gestão? Quais as medidas que poderiam ser implementadas para se obter melhores desempenhos?
7. Na sua opinião, qual é o nível de aceitação dos profissionais de Saúde de inovações nos Sistemas de Informação e Gestão? Eles são parte do processo de mudança?

3.7. Chefias da Unidade Hospitalar (Médico)

3.7.1. Guião de entrevista

Tema: *As inovações na saúde*

Entrevistador: Stella Satar

Entrevistado: Chefias da Unidade Hospitalar (Médico)

OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS

Bloco	Objectivos Específicos	Tópicos
A – Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	1 - Legitimar a entrevista; 2 - Motivar o entrevistado; 3 - Garantir a confidencialidade.	- Motivos da Entrevista; - Importância da colaboração para o trabalho; - Confidencialidade das informações.
B – Passagem a SA	1 - Recolher dados sobre a experiência do entrevistado neste processo.	Mudanças: facilidade de acesso
C – Avaliação do sistema	1 - Perceber qual a avaliação que a chefia faz do Sistema Informação / Gestão; 2 - Determinar a importância do sistema na melhoria da qualidade; 3 - Aferir se os profissionais de Saúde têm as competências necessárias para utilizar o sistema; 4 - Recolher informação sobre a preocupação das chefias com as acções de formação.	- Medir o desempenho dos profissionais, através de questionários; - Avaliar a satisfação dos utentes; - Alargar o sistema informático; - Maior envolvimento dos profissionais; - Instrumentos correctos de avaliação de desempenho e não a avaliação que beneficie apenas alguns; - Consulta aos profissionais por parte das chefias para identificar medidas a tomar.
D – Sugestões	1 - Obter sugestões de alterações que podem ser implementadas; 2 - Perceber qual a posição das chefias face à inovação.	- A definição de objectivos conjuntos; - Estabelecimento de metas; - Reuniões regulares; - Maior envolvimento das chefias.

3.7.2. Protocolo da entrevista

1. Quais considera terem sido as alterações mais significativas aquando da passagem do Hospital para um Sistema de Gestão SA?
2. Como avalia esta alteração em termos de impacto da cultura organizacional e da importância atribuída aos Sistemas de Gestão / Informação?
3. Como é que avalia os procedimentos de gestão que estão implementados no serviço em que trabalha?
4. Sente que os Sistemas de Informação / Gestão têm um impacto significativo na qualidade dos serviços prestados?
5. Considera que os profissionais de Saúde que trabalham nesta unidade hospitalar estão dotados das competências necessárias para tirar o melhor partido do sistema que se encontra implementado?
6. É uma preocupação das chefias desta unidade hospitalar a formação dos seus profissionais em Sistemas de Informação / Gestão?
7. Que medidas, na área da Gestão / Comunicação é que considera que podem ser implementadas no sentido de melhorar o desempenho dos profissionais de Saúde?
8. A implementação de um processo de constante melhoria nos Sistemas de Gestão / Informação é uma preocupação das chefias?

3.8. A análise de conteúdo

A informação recolhida nas entrevistas será analisada pela técnica de análise de conteúdo. De acordo com Moreira et al. (2007), a análise de conteúdo tem como:

“(…) objectivo básico é realizar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão do significado de determinado fenómeno. Acredita-se que a maior contribuição desse método seja a insistência de incorporar, na compreensão de um texto, sua condição de produção; dessa forma, o discurso só pode ser compreendido enquanto processo”

(Moreira et al, 2007, p. 35).

Perante Bardin (2004, p. 7), a análise de conteúdo é “ (...) *um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos (...) extremamente diversificados. O factor comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas (...) é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência*”. Daqui se depreende que, este tipo de análise requer um elevado esforço de interpretação dos dados recolhidos no sentido de os decodificar e obter informação pertinente para atingir os objectivos a que o investigador se propôs no início do seu trabalho.

As tabelas 2 e 3 constituem as matrizes da análise de conteúdo do Profissional de Saúde (Técnico de Farmácia) e das Chefias da Unidade Hospitalar (Médico), respectivamente.

1ª Pergunta:	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista e a motivação do entrevistado, garantindo-lhe o anonimato e a confidencialidade das informações; - Analisar a experiência profissional do entrevistado, concretamente ao nível do percurso profissional, da inserção no trabalho e da avaliação da satisfação.
2ª, 3ª e 7ª Perguntas:	<ul style="list-style-type: none"> - Percepcionar o sistema implementado; - Verificar se houve impacto e o nível de aceitação do sistema nos serviços; - Analisar a integração do profissional no processo de inovação.
4ª e 5ª Perguntas:	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar o modo como a formação pode, ou não, potenciar o desempenho; - Indagar se a competência do profissional e se o plano de formação foi bem estruturado.
6ª Pergunta:	Perceber até que ponto a melhoria da comunicação e a envolvência dos colaboradores podem melhorar o sistema.

Tabela 2 – Matriz da análise de conteúdo – Profissional de Saúde (Técnico Farmácia)

1ª e 3ª Perguntas:	<ul style="list-style-type: none"> - Motivos da entrevista, a importância na colaboração da entrevista, a confidencialidade das informações e a experiência do entrevistador; - Melhoria dos níveis de produtividade; - A implantação dos meios tecnológicos; - A melhoria das infra-estruturas.
2ª, 5ª, 6ª, 7ª e 8ª Perguntas:	<ul style="list-style-type: none"> - As avaliações que a chefia faz do sistema de informação / gestão; - As competências necessárias para utilizar o sistema; - A preocupação das chefias com as acções de formação; - Instrumentos correctos de avaliação; - A importância do sistema na qualidade.
4ª Pergunta:	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar o modo como a formação pode, ou não, potenciar o desempenho e a competência do profissional; - Indagar se o plano de formação foi ou não, bem estruturado.

Tabela 3 – Matriz da análise de conteúdo – Chefias da Unidade Hospitalar (Médico)

3.9. As limitações do estudo

Ao longo da investigação, depararam-se dificuldades em encontrar bibliografia e trabalhos de investigação nesta área, o que constituiu uma limitação em termos de construção de revisão teórica e impossibilitou o recurso a um guião já validado, tendo, por isso, optado pela construção dos guiões e dos protocolos de entrevistas com objectivos e estratégias.

De entre as limitações a que o trabalho pode estar sujeito, destacam-se as que advêm da metodologia adoptada. Com efeito, a realização de um estudo de caso, não permite a generalização dos dados obtidos para as restantes instituições.

3.10. As condições éticas

Em investigação, a Ética é a qualidade das técnicas de investigação no que respeita ao cumprimento das obrigações profissionais legais ou sociais para com o sujeito em estudo. Diz respeito à qualidade dos procedimentos, *“desde o início até ao fim da pesquisa; à escolha da técnica adequada; à pertinência e à validade dos resultados para o desenvolvimento da profissão”* (Nunes, 2000), assegurando, assim, o anonimato de todos os dados recolhidos, de acordo com o Código de Nuremberga (1947).

Capítulo IV – Análise e discussão de resultados

4.1. Inserção do Sistema de Gestão na Unidade Hospitalar

O tema da Saúde, em Portugal, tornou-se um assunto imperativo na nossa sociedade. Tornar privados os hospitais públicos constituiu, inicialmente, uma solução viável para melhorar o sistema.

A alteração do sistema tradicional para o sistema de gestão SA apresentava como propósito: melhorar o desempenho hospitalar, de forma a garantir a satisfação do utente. A proposta apresentada visava a capacidade de resposta com qualidade para o tratamento dos utentes por parte do hospital, de forma a garantir o bem-estar social, para que essa resposta estivesse dentro dos parâmetros económicos estabelecidos. A alteração para este sistema tinha como mote a qualidade a baixo custo.

De acordo com a amostragem, a aplicação do sistema no meio hospitalar é que *“não se revelam grandes alterações”* (EC3).

Contudo, a mudança *“(...) de alguns instrumentos e base de dados (...) trouxeram dificuldades na aplicação prática por falta de formação em tempo útil”* (EP1). Acresce-se a isto, o facto de se ter efectuado um corte ao nível dos profissionais.

Como refere um inquirido: *“essa alteração foi a secção administrativa: para o mesmo volume de trabalho deixámos de ter três funcionários e passámos para dois e actualmente apenas um”* (EP8), ou seja, dá-se início a um maior *“(...) controlo de gastos e consumos por parte dos serviços clínicos muito mais rigoroso, os Técnicos de Farmácia viram a sua carga de trabalho aumentada para cumprir as metas diárias”* (EP6).

A posição de alguns profissionais é que a alteração deveria ter sido planeada de melhor forma, de modo a que estes soubessem dar uma resposta mais eficiente e sentissem que têm competências para lidar com o sistema. Uma das entrevistadas afirmava ter-se *“sentido posta à margem”* (EP2), como salienta outro inquirido, *“a muito maior dificuldade em proceder a inovações (organizacionais ou tecnológicas); os cortes em pessoal sem a necessária reorganização do serviço”* (EP10).

Denota-se que a alteração do sistema *“tenha requerido mais adaptação sobretudo pelo facto de haver maior carácter de competição, quer na mesma área, quer noutras equipas que nos rodeiam”* (EP9).

4.2. Passagem para o Sistema SA

A mudança para o Sistema SA pretendia que:

- A opinião dos utentes em relação ao Sistema de Saúde se alterasse;
- O novo sistema fosse eficiente com altos níveis de produtividade, que se podiam reflectir na qualidade.

Com as alterações do novo sistema administrativo, denota-se que começou a existir, mais *“(...) acesso ao Conselho de Administração”* (EC5), e também ao *“(...) nível do atendimento dos utentes pelas chefias”* (EC10).

A opinião, ao nível das chefias acerca do novo sistema imposto pela SA, é unânime quando afirma que *“a alteração acarreta impactos bastante profundos”* (EC1), a *“gestão tornou-se mais apertada com maior controlo e objectivos”* (EC4), embora uma das chefias entrevistadas afirmasse que *“não se percebeu qualquer alteração, na prática”* (EC7) e que *“as alterações significativas que se têm revelado têm sido a nível do atendimento, o que se deve a melhorias na informática”* (EC9).

Uma das desvantagens apresentadas por alguns profissionais prende-se com a *“gestão mais apertada por parte das chefias, sem justificação nem objectivos definidos ou pelo menos divulgados”* (EC6).

A transição para o novo sistema de gestão SA tinha por objectivos *“rentabilizar o negócio, bem como encontrar mecanismos para otimizar os processos internos”* (EC1). Para tal, foi necessário existir um *“controlo mais rigoroso dos gastos, nomeadamente com os medicamentos, materiais e equipamentos e, por último, a redução do número de profissionais de Saúde”* (EP11).

A implementação do sistema, de acordo com o profissional de Saúde, considerou que *“(...) nesta unidade hospitalar “serviços farmacêuticos” foi positiva, tendo em conta dois factores: o espaço físico (...), a instalação de novos*

meios tecnológicos (...) (EP7) e, a partilhar da mesma opinião, o inquirido salienta três vertentes que lhe parecem ter tido maior impacto: *“(...) a melhoria ao nível das infra-estruturas e sistemas de organização de alguns serviços que têm vindo a tornar esta unidade hospitalar num local muito mais acolhedor para os utentes / doentes”* (EP11).

É visível que as alterações mais significativas estejam relacionadas com a colocação do material físico e com a parte da organização, ao nível da gestão, apesar de se *“verificar uma melhoria em termos de espaço físico de trabalho e uma melhor optimização da prestação do serviço. No entanto, existe maior sobrecarga de trabalho”* (EP4). A sobrecarga de trabalho deveu-se aos *“(...) cortes constantes, pois tornaram a maneira de trabalhar muito difícil”* (EP8).

Saliente-se, que em algumas unidades hospitalares, nomeadamente no caso da Farmácia, um entrevistado afirmou que:

“Quanto ao Sistema de Informação / Gestão de unidade hospitalar, neste caso concreto a Farmácia, senti um impacto muito grande. Na verdade, ninguém sabia como iria correr mas estávamos todos confiantes e isso foi muito bom” (EP5).

A passagem para o sistema SA, de acordo com o entrevistado permitiu uma *“melhor rapidez de resposta às necessidades do Serviço e dos trabalhadores. Avaliações de desempenho com prémios pagos aquando do cumprimento dos objectivos”* (EC5), que reverte para uma *“preocupação com a qualidade criação de cursos profissionais para melhoria”* (EC5). Verificando-se, assim, uma *“maior rapidez no atendimento do utente”* (EC8) e uma maior *“(...) optimização do sistema de gestão”* (EC2 / EC11).

4.3. Relação do Sistema de Informação / Gestão / Qualidade de Serviços

A melhoria da produtividade e da qualidade dos serviços hospitalares está intimamente relacionada com a capacidade dos gestores em alterar a cultura existente através de objectivos definidos, que permitam desenvolver no pessoal hospitalar a capacidade de enfrentar novos desafios e a desenvolver uma nova cultura de eficiência.

Com este propósito, o aparecimento do novo sistema, *“os Centros Hospitalares têm que se capacitar para gerir os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar os custos administrativos e de produção”* (EP3).

De acordo com um profissional entrevistado, este encarava as alterações como uma forma de *“(...) redução nos custos e despesas do hospital, bem como uma relação mais próxima entre a Farmácia Hospitalar e os serviços clínicos”* (EP6), considerando-se uma medida *“positiva quando comparada com o anterior sistema em relação a dois aspectos: poupança orçamental hospitalar (...); satisfação dos pedidos (...) servindo assim melhor o doente”* (EP7).

Neste sentido, relativamente à avaliação dos procedimentos, por parte da gestão, em *“alguns são desadequados para atingir o objectivo específico e outros são facilitadores (Tecnologias de Informação e Comunicação) que permitem um acesso mais rápido aos dados, tornando a gestão mais equitativa e eficiente”* (EP1).

A aplicabilidade do novo sistema *“veio mostrar mais claramente que a equipa dos Técnicos de Farmácia é reduzida para as tarefas a desempenhar”* (EP6); da mesma opinião é outro profissional de Saúde quando afirma que *“no que respeita a recursos humanos, pelo contrário, com este Sistema de Gestão tem-se vindo a verificar uma sobrecarga de trabalho que poderia ser enviada com a contratação de mais profissionais”* (EP11). Mesmo assim, em relação aos *“(…) medicamentos / produtos de saúde penso que os procedimentos de gestão implementados têm sido positivos, na medida em que há um controlo mais rigoroso dos stocks dos medicamentos / produtos existentes”* (EP11).

A lacuna apresentada na amostra, quando se refere *“à qualidade na implementação do novo plano de gestão do Sistema de Saúde, é o facto de os*

procedimentos de gestão terem sido implementados de uma forma avulsa, sem estarem integrados numa estrutura coerente de gestão” (EP10).

Combater os males tradicionais da gestão hospitalar foi um dos propósitos do novo sistema. Contudo, *“os procedimentos têm sido lentos e a adaptação também” (EC2)* isto, porque *“os procedimentos de gestão resumem-se apenas a escalas. Os restantes, diria que não existem” (EC3)* ou então, chega-se ao ponto de não existirem *“(…) procedimentos de gestão, com excepção das escalas de urgência do pessoal e mesmo essa com critérios discutíveis” (EC7).*

Estes procedimentos, segundo o inquirido, implicam que *“a gestão do serviço seja feita basicamente, de acordo com a vontade e autoritarismo do Director(a) de Serviço (que não tem que responder por esse tipo de gestão)” (EC7)*, o que os torna *“(…) insuficientes” (EC4)*, chegando ao ponto de um inquirido afirmar que *“os procedimentos são acessíveis e relativamente eficazes, mas só no hospital em estudo” (EC5).*

A opinião é unânime ao afirmar que *“os procedimentos de gestão implementados resumem-se quase exclusivamente em critérios de gestão” (EC10)* e *“existem muito poucos, eu diria que são quase nulos. Os que existem, que eu tenha conhecimento, não são elaborados com base em critérios de gestão” (EC9).* Contudo, considera-se que *“são razoáveis mas não são suficientes”,* mas os poucos que existem são *“eficazes e organizados” (EC11)* devido, em muito, ao facto de se ter implementado um *“sistema informático” (EC6).* Neste sentido, um dos impactos sentidos no sistema passa pela *“redução de custos e relação mais próxima entre serviços farmacêuticos e serviços clínicos” (EP4).* Os profissionais passam a trabalhar de acordo com uma *“(…) lei da sobrevivência” das unidades e interesses que me ultrapassam não acredito que sejam de uma boa gestão” (EP9),* esta situação faz com que *“(…) a gestão dos consumos e compras estarão “mais apertados” (...) gera um clima de stress entre todos” (EP8).*

A aplicação de todos estes procedimentos do novo sistema *“tem sempre um impacto forte na vida das pessoas que trabalham na área porque é uma mudança que esperamos que seja numa conseqüente eliminação de perdas com uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes” (EP3),* contudo, *“as ferramentas de gestão fornecidas não parecem ter tido grande impacto na*

modificação estrutural do laboratório” (EP10), somente “têm impacto significativo desde o momento em que nos dão liberdade de os conhecer via Intranet” (EP2).

No entanto, apesar de existir algum descontentamento por parte da equipa dos profissionais, este sistema tem apostado em *“gerar receitas suficientes para que investimentos em humanização, hotelaria e infra-estrutura passem a ser uma constante criando assim uma perfeita identificação com os utentes que procuram os serviços” (EP3).*

4.4. Impacto da cultura organizacional nos Sistemas de Gestão / Informação

Após a alteração para o sistema de gestão, foi necessário restaurar alguns serviços e aplicar novas formas de organização, quer ao nível administrativo quer ao nível do próprio funcionamento do hospital. Estas alterações, de acordo com os inquiridos *“(...) têm um impacto significativo na qualidade de serviços prestados” (EC11), embora se afirme que “ao nível de cultura organizacional ainda não se revelou nada concreto” (EC9).*

A causa para o insucesso da aplicação do projecto, ao nível da cultura organizacional, deve-se ao facto de *“(...) muitos colaboradores não estarem familiarizados e estarem reticentes quanto ao uso de novas tecnologias, nomeadamente na área de Sistemas de Informação. Os métodos de trabalho provavelmente foram os mais afectados” (EC1), isto porque, existe uma “falta de domínio das novas tecnologias podem provocar alterações tornando a gestão mais diferente” (EC2). Por esse facto, a opinião mais generalizada é que “não houve impacto” (EC4 / EC7 / EC10). Em alguns casos, questiona-se se chegou a existir algum estudo, conforme refere um dos entrevistados: “não houve impacto, nem parece ter havido nenhum estudo” (EC3).*

Segundo os inquiridos, pode concluir-se que *“não houve impacto, porque falhou a criação de cultura organizacional” (EC6), como também, ao nível “(...) dos Sistemas de Gestão ainda não houve alteração” (EC8).*

Denota-se, de acordo com as entrevistas, que o sistema de Gestão que visa a satisfação do utente, apresenta algumas falhas, desde a cultura organizacional até à formação de como trabalhar com o novo sistema.

4.5. Falhas do Sistema

Como já foi referido, o sistema apresenta falhas, *“na prática, significa que afecta a capacidade de resposta de saída de diagnósticos...quem vai ser afectado? Sempre o doente!”* (EP8). O desgaste *“psicológico, o stress que tudo isso causa, até porque por vezes esses pedidos de compra voltam para trás, para que melhor se justifique...enfim!”* (EP8). Isto pelo *“facto do número de profissionais de Saúde ser reduzido, aumenta o tempo de espera do doente e em última análise, propicia um aumento do número de erros por parte do profissional de Saúde, devido ao cansaço”* (EP11), como também acontece devido ao corte de orçamentos *“(...) se queremos algum tipo de material e não há em stock, teremos que contornar e trabalhar doutra maneira, tendo sempre em conta o “produto final” (que é o doente) não seja prejudicado”* (EP8).

Depreende-se que o objectivo do sistema que visa a satisfação do doente ocorre, não pelo funcionamento do próprio, mas sim, pelos profissionais que trabalham no nosso Sistema de Saúde, e que se encontram em constante processo de adaptações. Fala-se metaforicamente na satisfação do utente, mas o real interesse é centrado no lucro, por isso mesmo a amostra refere que *“em relação aos procedimentos de gestão actualmente usados, penso que a gestão dos consumos e compras estarão “mais apertados” e, por vezes, gera um clima de stress entre todos”* (EP8).

Para além do clima de stress causado pelo corte nos gastos ao nível de material e na equipa de profissionais, *“(...) por vezes em alturas críticas há falhas dos sistemas referidos e temos que aguardar que volte a funcionar acarretando assim, um impacto negativo na qualidade dos serviços prestados”* (EP8).

Acrescentado a isto, ocorre também *“um aumento da carga burocrática”* (EP10).

4.6. Competências dos profissionais de Saúde

O Sistema de Gestão cria um sistema informatizado, para que os profissionais disponham de um método de trabalho mais eficiente. Contudo, alguns profissionais afirmam não ter, ou ter somente algumas competências para utilizar o sistema: “não” (EP1), “algumas” (EP7); outros afirmam que: “Não. Nem quero ter. Há a tendência para considerar que todos temos que ser gestores. Como médico que gosta da sua profissão, não quero de modo nenhum ser gestor” (EP10). Por parte dos profissionais, a falta de motivação para se adaptarem, advém do facto de “não se ver as chefias preocupadas em organizar equipas para fazerem, no devido tempo, formação adequada” (EC9).

Denota-se, contudo, que existe uma vontade de adaptação por parte dos próprios profissionais, pois afirmam “sim, tenho capacidade e competência para me adaptar ao que for necessário” (EP2). Essa aprendizagem, que tem como propósito funcionar com o sistema, deveria ser assegurada pelo próprio hospital, “no serviço em que trabalho essa preocupação existe só para alguns, pois a oportunidade quando surge não é para todos é para que funcione apenas por simpatia” (EC2), é, em alguns casos, paga pelos profissionais “há 20 anos nada estava informatizado no hospital, tive que me actualizar, tirar um ou dois cursos de computadores, pagos por mim, para que me integrasse no actual sistema” (EP8). O sistema funciona de forma que “cada um adquire as suas competências por sua autodeterminação dado que, aqui, não há formação” (EC3).

Na amostra, alguns dos profissionais afirmam que se encontram perfeitamente munidos de competências, encontram-se totalmente preparados para tirar o máximo proveito deste novo método de trabalho “actualmente, considero que estou completamente adaptada aos programas informáticos do meu serviço” (EP8).

Mesmo os profissionais de Farmácia referem que, após o período de adaptação, poderia colocar-se a hipótese de se reduzir o número de Farmacêuticos e contratar somente Técnicos, “sim, apesar de ainda ser recente e continuarmos em período de adaptação, já é visível que os Técnicos de Farmácia poderiam ter muito mais autonomia na Farmácia Hospitalar e poderia mesmo reduzir o pessoal a nível de farmacêuticos, se contratassem mais um ou dois

Técnicos de Farmácia” (EP6), isto porque se verifica que, de acordo com um entrevistado, não só funciona o sistema pyxis *“responsável pela reposição e fornecimento de medicamentos aos serviços como também o kardex, que permite consultar em tempo real, o stock existente na Farmácia Hospitalar”* (EP5), o que demonstra que o período de adaptação ocorre da melhor forma.

O único senão que se verifica é que alguns profissionais podem estar dotados de *“competências mas, se não lhes são atribuídas por quem de direito, nada feito. O melhor partido depende sempre dos objectivos profissionais de cada um”* (EP9), isto talvez porque alguns serviços se encontrem *“vedados a uns e permitidos a outros”* (EC8).

O facto de os profissionais não estarem dotados das devidas competências faz com que, em alguns casos, *“a inexistência dessas competências necessárias coloquem em risco a sua actividade profissional”* (EC1).

A posição das chefias relativamente às competências das equipas de Saúde é que estes *“(…) estão preparados para tirar o melhor partido dos Sistemas de Informação visto que estão formados para isso”* (EC11), embora se note que, *“os profissionais por vezes não se encontram motivados para alterar os procedimentos enraizados e resistem à mudança”* (EC4).

Todavia, a formação dos profissionais deveria surgir através de iniciativas das chefias mas *“até ao momento, não tem sido a prioridade”* (EC3), de acordo com um entrevistado *“não parece ser a preocupação destas, porque temos colegas que não sabem fazer um pedido online”* (EC8). Para além dos processos burocráticos existentes há ainda a questão do aparecimento de um sistema de redes de simpatia que resulta em que *“(…) alguns profissionais sejam preteridos em relação a outros”* (EC10).

Para que as chefias executem a sua função perante os profissionais de Saúde é necessário que *“(…) sejam enquadrados por gestores competentes e ambos fazem uma linguagem mutuamente compreensível”* (EP8), de acordo com um inquirido *“(…) a gestão deve ser deixada aos gestores e a clínica aos clínicos, sem prejuízo de vocações pessoais que devem ser estimuladas e dotadas da necessária formação complementar”* (EP8).

4.7. Acções de formação na área do Sistema de Gestão

As acções de formação destinadas a todos os profissionais deveriam ser uma prioridade para o bom desempenho do sistema. Contudo, relativamente à sua frequência, a maioria dos profissionais, refere ter ou não tido formação, *“lamento não ter nenhuma formação sobre o sistema da gestão”* (EP3), ou se teve, foi algo curto, *“na verdade não, ou seja, tivemos uma explicação de meia hora de como funcionava o sistema”* (EP5), somente dois inquiridos afirmam ter tido formação sobre gestão hospitalar: num caso *“frequentou um curso de formação na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Estesl) sobre o tema “Administração e Gestão em Saúde”, no ano de 2005”* (EP8), e outro afirma, que apenas teve formação *“sobre o novo modelo de gestão hospitalar”* (EP5).

Para colmatar esta falha, apresentam-se como sugestões, *“melhorias de forma a incentivar, para mostrar aos profissionais a importância que esta área tem, e que a participação de todos é importante”* (EP11), assim sendo, *“vários factores poderiam ser melhorados: acessibilidade do doente ao hospital; diminuição do tempo de marcação de consulta; diminuição do tempo de marcação de cirurgias; maior disponibilidade do médico para com o doente”* (EP8).

4.8. Inovação no Sistema de Gestão

A aplicação do factor de inovação tem como objectivo antever as necessidades dos utentes, de forma que se desenvolvam novas formas de resposta nas mais diversas áreas. Por este motivo, para os profissionais de Saúde tiveram *“boa aceitação desde que devidamente informados. O processo de mudança deve fazer-se sempre com e pelas pessoas”* (EP1), e entre os profissionais de Saúde não existem dúvidas de que *“é positiva. Como profissionais que somos fazemos parte do processo de mudança, adaptamo-nos às novas tecnologias, pois o factor essencial num processo de mudança é o “Homem” ”* (EP7).

Um dos factores apresentados pela dificuldade de adaptação ao novo critério de inovação: *“outros profissionais envolvidos neste processo a aceitação não foi das melhores, pois estavam em causa hábitos e conceitos dos antigos sistemas de distribuição. Concerteza que também fazem parte do processo de mudança, colaborando com a Farmácia e aceitando os novos métodos de informação e gestão”* (EP7), isto porque, *“tendo em conta que os hospitais têm profissionais de todas as categorias e níveis de idade é claro que uma pessoa mais velha não terá a capacidade de adaptação a “novas situações” que uma mais jovem, embora ache que a sua personalidade tenha também muito a ver com a adaptabilidade!”* (EP8). Prevê-se que *“é uma questão de tempo! Acho também que cada vez mais alteram a idade da reforma para mais tarde mas querem reformar as pessoas mais cedo...será isto a “mobilidade”?”* (EP8).

Neste sentido, verifica-se que a maioria *“aceita e colabora, consideram-se parte do processo de mudança”* (EP2), segundo a opinião de um dos entrevistados *“a aceitação dos profissionais tem sido boa e cada um tem estado a dar o seu contributo, empenhando-se no trabalho de inovação do sistema para que haja progresso e um bom funcionamento da nova gestão”* (EP3).

Os profissionais de Saúde mostram-se reticentes a estas alterações, dado o facto *“das inovações nos Sistemas de Informação ou de Gestão, encarando-os apenas como um conjunto de medidas de cariz economicista que tentam levar a um controlo puramente orçamental”* (EP10), é imperativo que se *“acredite e se confie na instituição e no serviço onde desempenham funções”* (EP9).

Neste processo, os gestores têm uma função determinante, são estes que deverão motivar os profissionais para a mudança, como o refere um entrevistado: *“Não só são parte do processo de mudança como começa neles o processo de mudança. Assim haja gestores capazes de os motivar e conquistar para novos desafios”* (EP10). O que é importante referir é que *“intimamente ligada ao processo de percepção de como os colaboradores interagem com o sistema, está a questão da melhoria”* (EC1).

A posição das chefias face à aplicação do processo de inovação, é que *“os colaboradores são a principal fonte para a identificação das medidas a tomar. E assim, em termos hierárquicos e de competências, as chefias deveriam ter essa preocupação”* (EC1).

Contudo, a opinião generalizada é que *“nem sempre as chefias demonstram preocupação nesse sentido por falta de verba”* (EC2).

Um dos motivos apresentados para a falta de interesse prende-se com as falhas graves ainda encontradas. Por exemplo, *“o doente ter acesso ao medicamento quando precisa dele e que o mesmo se encontre em condições de ser utilizado, isto é, se está dentro do prazo de validade”* (EP11).

São este tipo de situações que devem ser abolidas, de forma que o *“registo da noção de que os números da gestão são tratados e analisados. A tentativa de racionalização dos recursos. A dotação com ferramentas de gestão (software)”* (EP10). Porque é necessário aplicar *“medidas concretas tais como: o primado da competência sobre a “carreira”; a discussão de objectivos (balizada no tempo) e das tomadas de decisão a fim de atingir os objectivos definidos; a avaliação de todos os intervenientes nos processos de gestão / decisão; a criação de um fórum interprofissional de discussão / acompanhamento com os correspondentes mecanismos de comunicação / informação”* (EC10).

4.9. Medidas a aplicar na área da Gestão / Comunicação

O Sistema de Gestão apresenta algumas falhas, o que causa algum descontentamento nos profissionais reflectindo-se, *à posteriori*, nos utentes.

Para que ocorram melhorias no serviço é necessário que *“periodicamente, poder-se-ia proceder a processos de avaliação (no formato de questionário, por exemplo) para medir o desempenho dos profissionais”* (EC1). Assim sendo, a *“formação na área para o desenvolvimento profissional, avaliação periódica de satisfação dos utentes, avaliação contínua dos prestadores e colaboradores afim de se verificar quais as alterações que eventualmente se assumem fazer para melhorar os serviços, apresentação dos problemas para todos em conjunto, minimizarem-nos, tentando solucioná-los”* (EC2). Apostar em mais reuniões de avaliação *“são interessantes na medida em que servia para tomar o pulso dos profissionais (por exemplo com reuniões) e perceber o que melhorar / alterar”* (EC1), de forma que ocorresse *“o estabelecimento de objectivos, reuniões regulares a fim de partilhar informação, cursos de desenvolvimento pessoal e profissional, fazer inquéritos de satisfação aos utentes de maneira a melhorar a qualidade do serviço prestado”* (EC11). Outra medida necessária e essencial passa por estabelecer uma *“melhor comunicação. Estabelecimento de metas, resultados. Estabelecimento de objectivos”* (EC3), de forma a permitir que ocorra *“maior envolvimento das chefias e dos profissionais”* (EC9).

4.10. Discussão de Resultados

Do que foi anteriormente exposto, elaborou-se a tabela 4 que resulta da análise das diferentes dimensões. A tabela abaixo descreve, de forma sucinta, as ilações retiradas.

Inserção do Sistema de Gestão na Unidade Hospitalar	<p>A exigência na alteração do sistema de saúde tradicional para um sistema de gestão SA constituiu a solução para melhorar uma administração que já dava mostras de esgotamento e foi necessário a reorganização completa do sistema que fosse capaz de garantir:</p> <ul style="list-style-type: none">- A satisfação do utente;- A qualidade de resposta dos tratamentos;- O bem-estar social;- O baixo custo das despesas;- A redução dos recursos humanos.
Passagem para o Sistema SA	<p>A mudança para o sistema SA pretendia rentabilizar o negócio melhorando os níveis da produtividade e da qualidade, controlada pelas chefias, exigindo:</p> <ul style="list-style-type: none">- A redução do número de profissionais de saúde;- A implantação de novos meios tecnológicos;- A melhoria das infra-estruturas.
Relação do Sistema de Informação / Gestão / e a qualidade de serviços	<p>A melhoria da produtividade e da qualidade dos serviços hospitalares estão relacionados com a definição dos objectivos por parte os gestores, com vista à eficiência, de modo a avaliar os procedimentos de gestão:</p> <ul style="list-style-type: none">- Na redução dos custos e despesas;- Na relação entre a farmácia hospitalar e os serviços clínicos;- Na satisfação dos pedidos.
Impacto da Cultura Organizacional nos Sistemas de Gestão / Informação	<p>Verificou-se que, no que respeita às novas formas de organização, não houve alterações significativas ao nível administrativo nem ao nível do funcionamento hospitalar, devido:</p> <p>À insuficiência de conhecimentos das novas tecnologias e metodologias de gestão, na área dos Sistemas de Informação.</p>
Falhas do Sistema	<p>Devido às falhas no sistema, muitos dos pedidos não são satisfeitos, provocando:</p> <ul style="list-style-type: none">- O aumento do tempo de espera na entrega dos medicamentos;- A insatisfação do utente;- O impacto negativo na qualidade dos serviços prestados;- O aumento da burocracia.
Acções de formação do Sistema de Gestão	<p>Devido à insuficiência de conhecimentos dos sistemas de informação, verificou-se a necessidade de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Formação tecnológica para viabilizar o acesso do doente ao hospital;- Formação em administração e gestão, de modo a agilizar os procedimentos de marcação das consultas e diminuição do tempo de marcação das cirurgias;- Maior disponibilidade do médico para com o doente.

<p align="center">Inovação no Sistema de Gestão</p>	<p>O processo de mudança ditou ser necessário inovar o sistema de gestão para permitir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A obtenção de respostas nas diversas áreas do sistema de gestão; - A inovação da mudança nas pessoas; - A adaptação do profissional de saúde ao sistema inovador.
<p align="center">Medidas a aplicar na área da Gestão / Comunicação</p>	<p>A melhoria nos sistemas de gestão leva à aplicação de medidas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar periodicamente os profissionais de saúde; - Apostar na área da formação profissional para se conseguir o desenvolvimento profissional; - Avaliar a satisfação dos utentes; - Solucionar os problemas; - Intensificar as reuniões de trabalho; - Melhorar a comunicação entre os profissionais e as chefias.

Tabela 4 – Discussão de Resultados

Conclusão

O crescente aumento dos custos com a saúde associado a crescentes restrições orçamentais, obrigaram a proceder a alterações no sistema de saúde, em Portugal.

Assim, a alteração do sistema de gestão tradicional para o sistema de gestão SA visava melhorar a eficácia dos Serviços de Saúde através da racionalização dos custos de gestão e da melhoria da qualidade dos serviços prestados, mediante a análise de respostas ao inquérito efectuado ao pessoal dos serviços.

A interpretação da análise revelou uma certa deficiência, relativamente aos procedimentos administrativos, que mostraram falta de conhecimentos técnicos e informacionais na formação dos profissionais, desenquadrados da cultura organizacional.

Na tabela que se segue estão registados os resultados contrastivos da análise de conteúdo dos dois tipos de população que participaram neste estudo.

	Profissionais de Saúde Técnico de Farmácia	Chefia da Unidade Hospitalar Médico
Inserção no Sistema de Gestão na Unidade Hospitalar	Dificuldades na aplicação por falta de formação; Redução de recursos humanos ao nível administrativo; Maior controlo de gastos e consumos; Aumento da carga de trabalho; Dificuldades no cumprimento das metas diárias.	Não se revelam grandes alterações; Cortes em pessoal sem ter em conta a reorganização do serviço; Maior carácter competitivo na mesma área e entre equipas diferentes.
Passagem para o Sistema SA	Controlo mais rigoroso com os gastos: medicamentos e equipamentos; Redução de pessoal; Melhorias das infraestruturas; Optimização da prestação de serviço; Pagamento de incentivos; Preocupação com a Qualidade; Optimização do Sistema de Gestão.	Facilidade de acesso ao conselho de administração e chefias; Gestão mais apertada com maior controlo com os objectivos, materiais, medicamentos e equipamentos; Melhorias no atendimento e informática; Ausência de objectivos definidos; Redução de pessoal; Cortes constantes que dificultaram o trabalho.
Relação do Sistema de Informação/Gestão e a Qualidade de Serviços	Gestão racional dos recursos; Minimizar os custos administrativos e de produção; Tornar a gestão mais equitativa e eficiente, Reduzir os Técnicos de Farmácia; Implementar os procedimentos de gestão de forma avulsa; Ausência de estrutura coerente de gestão; Perfeita identificação com os utentes.	Melhorias dos procedimentos de gestão só em relação às escalas de urgência; Melhoria dos procedimentos de gestão graças à implementação do sistema informático.
Impacto da Cultura organizacional nos Sistemas de Gestão / Informação	Redução de custos; Relação mais próxima entre os serviços farmacêuticos e os serviços clínicos; Gestão de consumos e de compras mais apertadas; Impacto significativo com a utilização da intranet; Eliminação de rotinas organizacionais eficientes e eficazes; Receitas para o investimento humanizado, para a hotelaria e para as infraestruturas.	Impacto positivo na qualidade dos serviços prestados; Resistência às novas tecnologias / Sistemas de Informação; Ausência da criação da cultura organizacional;
Falhas do Sistema	Aumento do tempo de espera do doente; Aumento de erros do profissional de saúde; Clima de stress; Preocupação com os lucros e não com o doente.	Insucesso da aplicação do sistema; Falta de domínio das novas tecnologias.

<p>Competências dos Profissionais de Saúde</p>	<p>Ausência de competências para utilizar o sistema; Desigualdade de oportunidades; Formação adequada dos profissionais; Defesa de maior autonomia profissional; Alguns serviços vedados a uns e permitidos a outros.</p>	<p>A desmotivação resultante da falta de formação; A ausência de formação para o desempenho de novas competências; O combate à resistência e à mudança; A contratação de gestores competentes; A organização das chefias.</p>
<p>Ações de Formação do Sistema de Gestão</p>	<p>Ausência de um plano de formação; Resistência e falta de adaptação no processo de inovação do sistema de gestão.</p>	<p>Ausência de formação na área de gestão.</p>
<p>Inovações no Sistema de Gestão</p>	<p>Processo de mudança positivo; Menor capacidade dos mais velhos na adaptação de novas situações; Conjunto de medidas de carácter economicistas; Confiança na instituição / serviço.</p>	<p>Discussão de objectivos balizada no tempo; Decisões para atingir os objectivos; Avaliação de todos os intervenientes no processo de gestão / decisão; Criação de um fórum interprofissional; Mecanismo de comunicação / informação.</p>
<p>Medidas a aplicar na área da gestão/ Comunicação</p>	<p>Reforço da comunicação para que os profissionais se sintam parte integrante; Formação na área do desenvolvimento profissional; Reuniões de trabalho.</p>	<p>Avaliação periódica do desempenho dos profissionais (questionários); Avaliação periódica da satisfação dos doentes (inquéritos de satisfação); Reuniões regulares para melhorar / alterar; Partilha de informações; Cursos de desenvolvimento profissional; Melhorar a comunicação; Estabelecimento de metas; Maior envolvimento das chefias.</p>

Tabela 5 – Resultados contrastivos da análise de conteúdo

Capítulo V – Conclusões e recomendações

As alterações que têm ocorrido nas sociedades modernas, em especial em Portugal, obrigam a repensar o actual modelo de Saúde implementado.

Uma grande parte do sistema de saúde, no Ocidente, encontrava-se sob a tutela do estado, a quem competia providenciar à população, o acesso aos cuidados de saúde de forma gratuita, ou a um preço simbólico.

Contudo, o crescente aumento dos custos com a saúde associado a crescentes restrições orçamentais, obrigaram a proceder a alterações no sistema de saúde.

Uma das soluções encontradas passou por transformar os hospitais públicos em hospitais SA. Com esta solução pretendia-se que os hospitais fossem dotados de uma gestão mais eficiente e mais eficaz. Com o intuito de se perceber de que forma os profissionais de saúde perceberam as transformações ocorridas na gestão do hospital, ao passar-se de uma gestão tradicional para uma gestão empresarial do modelo SA, recorreu-se ao estudo de caso. Esta alteração no modelo de gestão visava dois grandes objectivos que numa primeira análise se afiguravam inconciliáveis: aumentar a qualidade dos serviços de saúde prestados e reduzir os custos que lhes estavam associados. Tais objectivos só possíveis com o aumento da produtividade e a racionalização dos recursos disponibilizados.

A passagem para o novo modelo de gestão não obedeceu a um plano bem estruturado que permitisse uma coerente integração de todos os aspectos na nova estrutura. Esta situação conduziu a um processo de mudança lenta, em virtude das dificuldades de adaptação dos colaboradores à nova realidade organizacional e às novas tarefas que assumiram.

Do exposto, conclui-se que o processo de alteração do modelo de gestão deveria ter sido conduzido de forma diferente. Inicialmente não houve, uma avaliação da cultura organizacional que estava instituída na unidade hospitalar, e não se percebeu a filosofia que se pretendia ver posta em prática, após a realização das alterações do modelo que estava vigente.

Numa segunda fase deveria ter sido feito um levantamento da resistência à cultura da organização. Para contornar estas questões, impunha-se uma

comunicação explícita dos objectivos pretendidos, realçando os valores da nova filosofia de gestão e as fases do processo de mudança.

Periodicamente, comunicar-se-ia a forma como o processo estava a decorrer e estimular-se-ia a comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos através dos diversos canais de informação, uma vez que alguns colaboradores foram incapazes de operar com ferramentas informáticas.

Um fluxo mais corrente da informação possibilitaria uma melhor assimilação da nova cultura organizacional, por parte dos colaboradores, eliminando hábitos e conceitos presentes no modelo antigo. A linguagem utilizada deve ser compreensível e eficaz.

Um reforço da comunicação durante o processo de inovação permitiria que os colaboradores do hospital se sentissem parte integrante dessa mudança evitando, assim, a exclusão de alguns. Competia aos gestores motivar os seus colaboradores para a mudança.

A realização de reuniões periódicas de avaliação dos colaboradores seria uma boa forma de “feedback” quanto ao desempenho destes, e contribuiriam para a implementação de medidas correctivas que reforçariam uma estratégia conjunta para a resolução dos problemas existentes.

Um fluxo mais corrente da informação possibilitaria melhor assimilação da nova cultura organizacional por parte dos colaboradores, e ajudariam a eliminar hábitos e conceitos do antigo modelo.

Em simultâneo, deveria ter sido desenvolvido um plano de acção de formações específicas como forma de ultrapassar algumas deficiências de competências dos colaboradores.

Da análise dos resultados das entrevistas considera-se que deveria ter havido uma forte aposta nas acções de formação, com o objectivo de desenvolver competências de gestão nos profissionais de saúde que passaram a desempenhar essas funções, bem como, um reforço de acções que visassem a aquisição de competências para operar com o novo sistema informático.

Entre os participantes do estudo não existe unanimidade quanto aos resultados obtidos. Alguns colaboradores desta unidade hospitalar referem que não se registaram diferenças significativas. No entanto, constata-se nas respostas dos inquiridos, que as alterações foram mais significativas ao nível administrativo do que ao nível da formação dos profissionais ligados à saúde.

Quanto aos objectivos que estiveram na base desta alteração de estratégia, existe um consenso no sentido de melhorar o desempenho do hospital, através da melhoria da qualidade e da satisfação do utente.

A cultura organizacional existente não contemplava o rigor ao nível de controlo dos custos nem a satisfação do utente não constituía uma prioridade, por isso, verificou-se alguma resistência ao processo de inovação.

Os colaboradores do hospital tinham enraizado costumes e procedimentos que se revelaram antagónicos à nova filosofia de gestão implementada.

Da análise das entrevistas percebe-se que um dos factores que contribuíram para a resistência ao processo de inovação foi a ausência de um plano de transição que dêsse a conhecer aos profissionais, as razões para essas alterações e os ganhos para os profissionais de saúde e utentes. A falta deste plano impediu a preparação dos profissionais para a nova realidade e ditou que muitos não conseguissem dar a resposta necessária, quando solicitados, para desenvolver uma determinada tarefa.

Esta situação originou que muitos dos profissionais se sentissem à margem do processo, porque não foram ouvidos e porque não tinham as competências necessárias para desenvolver as novas funções, de forma eficaz.

A par da melhoria das condições das infraestruturas e dos sistemas de organização verificou-se um aumento das exigências sobre os profissionais, porque houve uma redução significativa de pessoal, em algumas áreas, e que, em alguns casos, não detinham as competências necessárias.

Em suma, este levantamento revela que ainda há muito para fazer ao nível da inovação da Saúde, no modelo de gestão e nas tecnologias de informação.

Seria pertinente em estudos futuros, determinar em que medida estes novos modelos contribuíram para o aumento da eficiência.

Capítulo VI – Plano de intervenção

A alteração do sistema de gestão tradicional para sistema de gestão SA visava melhorar a eficácia dos serviços de saúde pela racionalização dos custos de gestão e pela melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A interpretação de dados revelou uma certa deficiência quanto aos procedimentos administrativos e demonstrou falta de conhecimentos técnicos informacionais.

Propõe-se a implementação de medidas a aplicar na área de Gestão/Comunicação, através do reforço da comunicação e da formação na área do desenvolvimento profissional, mediante a aplicação de medidas, tais como:

- O desenvolvimento de um plano de acções de formação na área da informática e de cursos de desenvolvimento profissional dos colaboradores para a aquisição de competências. Propõe-se que, tanto as acções de formação no foro da informática como as de âmbito profissional dependessem da vontade de especialização manifestada pelo profissional. Não é necessário que todos tenham os mesmos conhecimentos, uma vez que há partilha e colaboração das tarefas. Ao gosto profissional deve acrescentar-se o gosto pessoal. Uns têm mais tendências para desempenhar determinada função e devem aprofundar conhecimentos especializados. A realização profissional faz um profissional de qualidade;
- Melhoria e reforço da comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos recorrendo, para o efeito, a reuniões regulares. Estas, devem ser muito curtas, limitando-se apenas a informações urgentes. A tendência para as reuniões longas cria efeitos de habituação e de saturação;
- No decurso do que se propôs no ponto anterior, a colaboração e a partilha de informações entre os profissionais é útil e desejável,

porquanto mantém um circuito de procedimentos que facilitam a comunicação entre os membros do grupo profissional;

- Proceder periodicamente a processos de avaliação para medir o desempenho dos profissionais. Não se aconselham questionários nem determinação de tarefas complexas para evitar o desgaste e a rotina no preenchimento de boletins que se tornam cansativos. O desempenho de um profissional deve avaliar-se através da observação do cumprimento de tarefas que lhe são incumbidas, e o profissional deve ter conhecimento do modo como está a ser avaliado.

Sabe-se que nenhum sistema é perfeito, principalmente quando se trata de gerir a interacção entre seres humanos com personalidades diferentes, mas deve-se apostar na boa vontade profissional de cada um.

Glossário informático

Base de Dados Relacional – consiste num dos sistemas de gestão de dados mais utilizado na área informática. Sucintamente, é uma colecção de dados em que os elementos fundamentais da organização são representados por tabelas, e possuem ou não, relações entre si.

Hardware – diz respeito aos componentes físicos que constituem um computador. Inclui componentes electrónicos, circuitos integrados, placas, entre outros, que comunicam entre si.

Internet – corresponde a uma ligação numa escala mundial de milhões de computadores, todos interligados, com vista à partilha de informação e transferência de dados.

Intranet – rede interna ou de acesso restrito, que funciona de modo semelhante à Internet (conceito supra descrito), mas cujos dados apenas estão disponíveis para uma determinada organização / empresa.

Microchip – corresponde a um conjunto de componentes electrónicos interligados entre si, capazes de desempenhar funções.

Online – num contexto informático, significa "estar disponível" para acesso em tempo real. Assim, se um sistema estiver online, significa que a sua informação está disponível para acesso, por qualquer colaborador de uma organização.

Offline – tendo em conta a definição anterior, offline significa o oposto. Traduz-se na indisponibilidade (temporária ou não) de um sistema para acesso.

Processo Clínico Multimédia – processo clínico do utente, realizado com recurso a tecnologias com suporte digital. Tal suporte pode ser materializado sob a forma de: cd's, dvd's, entre outros.

Sistemas de Informação – sistema automatizado (por ex, computadorizado) que incorpora pessoas, máquinas e / ou métodos organizados que permite: armazenar, gerir, processar e transmitir informação. Os seus objectivos principais são: apoiar o planeamento, controlo, coordenação, análise e consequente tomada de decisão por parte de uma organização.

Software – nome dado ao conjunto de produtos desenvolvidos por profissionais da área de Informática. Inclui a implementação de um programa propriamente dito, bem como, manuais, especificações, planos de teste, etc.

Tecnologias de Informação – designa o conjunto de recursos computacionais e tecnológicos com o objectivo de: armazenar, processar e disponibilizar informação, bem como, os modos como tais recursos são organizados num sistema capaz de realizar um conjunto de tarefas. Basicamente, abrange todas as actividades desenvolvidas na sociedade com recurso a informática. Permite a difusão de informação em larga escala, através do uso de sistemas tecnológicos.

Tecnologias de Informação e Comunicação – designa o conjunto de tecnologias e métodos que permitem: armazenar, agilizar e digitalizar informação. Utilizando comunicação em redes (por meio de computadores, por exemplo), é possível captar, transmitir e distribuir a informação. Exemplos de suportes desta tecnologia: computadores, câmaras de vídeo, cd's, dvd's, entre outros.

Vídeo-Conferência – sistema que permite o contacto visual e auditivo entre pessoas que se encontrem em diferentes locais, dando a sensação de que os interlocutores se encontram no mesmo local. É bastante útil, por exemplo, para elaboração de reuniões, evitando a deslocação dos seus intervenientes.

Bibliografia

Abrantes, A. Tavares, A. Godinho, J. (1989). Manual de Métodos de Investigação em Saúde, Lisboa: Edições Especiais.

Amaral, L. & Varajão, J. (2000). Planeamento de Sistemas de Informação, Lisboa: FCA – Editora de Informática.

Amaral, L. et al. (2005). Sistemas de informação organizacionais, Lisboa: Edições Sílabo.

Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo, Lisboa: Edições 70.

Camara, Pedro et al. (2005). Humanator, Lisboa: Dom Quixote.

Direcção Geral da Saúde. (1996a). Encontro “Experiências inovadoras na saúde”, Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (1996b). Experiências inovadoras na saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (1997). A saúde dos portugueses, Lisboa: Ministério da Saúde.

Eisenhardt, K. (1989). Building theories from case studies research. The academy of management review, v. 14, 4, pp. 532-550.

Forattini, O. (1995). Pesquisa em saúde pública, Revista Saúde Pública, 29, 81-88.

Fortin, Marie Fabienne. (1999). O processo de investigação: Da concepção à realização, Loures: Lusociência.

Jesuíno, J. (2005). Processos de liderança, Lisboa: Livros Horizonte.

Liga dos amigos do Hospital Geral de Santo António (1996). Que sistema de saúde para o futuro? Organização dos hospitais na sua relação com a sociedade, Lisboa: Autor.

Martin, V. & Henderson, E. (2004) Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais, Lousã: Monitor Projectos e Edições.

Nunes, L. (2000). Anotações para um projecto de investigação: etapas e processo.

Patton, M.Q. (1990). Qualitative Evaluation and Research Methods. Newbury Park: Sage Publications.

Parente, S. & Loureiro, R. (1998). Gestão da Qualidade em Saúde. O Modelo da European Foundation for Quality Management, Lisboa: Revista Qualidade em Saúde, 979 – 988.

Porter, R. (1999). The greatest benefit to mankind, London Fontana Press.

Quivy, R. Campenhoudt, L. (2003). Manual de investigação em ciências sociais. Gradiva, Lisboa.

Rego, A. Cunha, M. (2004). A essência da liderança: mudança, resultados e integridade, Lisboa: HR Editora.

Rodrigues, Luís Silva. (2002). Arquitecturas dos Sistemas de Informação, Lisboa: FCA Editora de Informática.

Serralheiro, J. M. (2002). A gestão da saúde. A saúde da gestão, Benedita: Relgráfica artes gráficas, lda.

Serrano, A. Fialho, C. (2005). *Gestão do conhecimento: o novo paradigma das organizações*, Lisboa: FCA Editora de Informática.

Shoji, Shiba et al. (1997). *TQM – Quatro revoluções na gestão da qualidade*, Porto Alegre: Bookman.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*, Loures: Lusociência.

Yin, R. (1989). *Case Study Research, Designs and Methods*, Newbury Park: Sage Publications.

Endereços consultados

Artmann, E. Rivera, F. (1999). Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metrológica e agir comunicativo. Consultado em 15 Agosto de 2007 em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v4n2/7118.pdf>.

Artmann, E. Rivera, F. (2003). The hospital strategic management: one regional coordination mean of hospital practice based on opportunity costs and solidarity. Consultado em 15 Agosto de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a13v08n2.pdf>.

Barros, P. (1999). As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996. Consultado em 25 Janeiro de 2008 em <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/apesjan99.pdf>.

Bedi, B. (2003). Telemedicine in India: Initiatives and Perspective. Consultado em 15 Setembro de 2007 em <http://www.ehealthinternational.org/pdfs/Bedi.pdf>.

Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. Consultado em 15 de Agosto de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>.

Comissão para a avaliação dos Hospitais S.A. (2006). Resultados da avaliação dos Hospitais S.A. Consultado em 16 Setembro de 2007 em http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/ca_hsa.htm.

Dazon, P. Furukawa, M. (2000). e-Health: Effects of the Internet on Competition and Productivity in Health Care. Consultado em 15 Agosto de 2007 em http://e-economy.berkeley.edu/conferences/9-2000/EC-conference2000_papers/danzon.pdf.

Dias, C. (2000). Pesquisa Qualitativa, Características Gerais e Referências. Consultado em 13 Julho de 2007 em <http://www.geocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf>.

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (s.d), Tecnologias de Informação na Saúde. Consultado em 23 de Março de 2008, disponível em <http://www.esevr.pt/tecnologias/tecnologiasnasaude.htm>.

Expresso (2007). Saúde: Sistema português em 19º lugar em ranking europeu com 29 países. Consultado em 02 Outubro de 2007 em <http://expresso.clix.pt/gen.pl?p=stories&op=view&fokey=ex.stories/130382>.

Graça, L. (2000). Hospitais e Outros Estabelecimentos Assistenciais até ao Final do Século. Consultado em 14 Setembro de 2007 em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos71.html>.

Imamura, T. Yasunaga, H. (2006). Hospital Planning and Management. Consultado em 15 Agosto de 2007 em <http://www.m.u-tokyo.ac.jp/AnnualReport/current/English/103.pdf>.

Junior, A. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. Consultado em 16 Agosto de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/15.pdf>.

Martins, J. et al. (2003). Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. Consultado em 16 Setembro 2007 em <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206761/rpcgrecursoshumanosportugalpartepdf.pdfv>.

Ministério da Saúde Brasileiro (2006). 2006-2015 Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas. Consultado em 15 Setembro de 2007 em http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/documento/c_toronto.pdf.

Moreira, S. et al. (2007). Fundamentos da abordagem qualitativa para a pesquisa em saúde sexual e reprodutiva. Consultado em 16 Julho de 2007 em <http://www.>

scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000100005&lng=pt&nrm=iso.

Neves, J. (1996). Pesquisa Qualitativa Características, Usos e Possibilidades. Consultado em 15 Setembro de 2007 em <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>.

Novais, H. (2000). Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. Consultado em 15 Agosto de 2007 em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (2006). Criar bases para a Saúde Progressos nos Estados Membros. Consultado em 27 Setembro 2007 em <http://www.who.int/goe/publications/Portuguese.pdf>.

Robison, J. (1999). The Corporate Practice of Medicine: Competition and Innovation in Healthcare. Consultado em 14 Setembro de 2007 em <http://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=fkkW584pVqEC&oi=fnd&pg=PR7&dq=innovation+on+hospital+management&ots=78FjF67AR1&sig=PVU8RRSpEcK CfwWdzGMzH3ilbSI#PPR7,M1>.

Schraiber, L. et al. (1999). Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas. Consultado em 16 Agosto de 2007 em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>.

Silber, D. (2003). The Case for Health. Consultado em 15 Agosto de 2007 em http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/conference/2003/doc/the_case_for_eHealth.pdf.

Tether, B. Metcalfe, J. (2003). Services and Systems of Innovation. Consultado em 15 Agosto de 2007 em http://www.druid.dk/uploads/tx_picturedb/dw2002-458.pdf.

Tsumoto, Y. Tsumoto, S. (2006). Construction of Statistical Models for Hospital Management. Consultado em 15 Agosto de 2007 em <http://www.r-project.org/user-2006/Abstracts/Tsumoto+Tsumoto.pdf>.

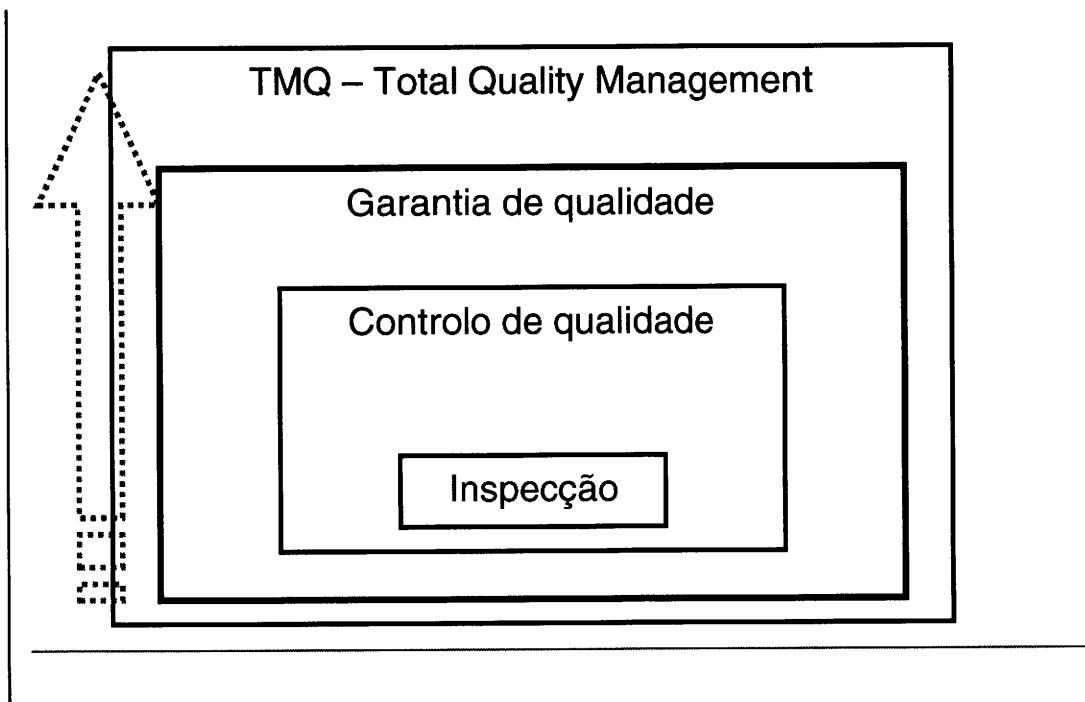
Walston, S. Burns, R. Kimberly, L. (2000). Does Reengineering Really Work? An Examination of the Context and Outcomes of Hospital Reengineering Initiatives. Consultado em 16 Agosto de 2007 em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1089086&blobtype=pdf>.

http://www.governo.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20061010_MS_Int_Gestao_SNS.htm.

http://www.governo.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20070627_MS_Int_Gestao_Saude.htm.

Anexos

Anexo I – Evolução dos sistemas de qualidade



Fonte: Parente & Loureiro (1998, p. 980)

Anexo II – Lei de Gestão Hospitalar – Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro

Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

Artigo 1.º – Alterações As bases XXXI, XXXIII, XXXVI e XL da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, passam a ter a seguinte redacção:

Base XXXI – Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde

1 - Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho.

2 -...

3 -...

4 -...

Base XXXIII – Financiamento

1 - O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde.

2 -...

a)...

b)...

c)...

d)...

e)...

f)...

g)...

Base XXXVI – Gestão dos hospitais e centros de saúde

1 -...

2 -...

3 - A lei pode prever a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

Base XL – Profissionais de saúde em regime liberal

1 -...

2 - O exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal é regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos, à Ordem dos Enfermeiros e à Ordem dos Farmacêuticos.

3 -...

4 -...

Artigo 2.º – Gestão hospitalar

É aprovado o regime jurídico da gestão hospitalar, o qual consta em anexo à presente lei e da qual faz parte integrante.

Artigo 3.º – Disposição transitória

Até à publicação da regulamentação prevista na presente lei mantém-se em vigor o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro.

Artigo 4.º – Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro.

Artigo 5.º – Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no prazo de 60 dias após a publicação, com excepção da alínea c) do n.º 1 do artigo 2.º e do capítulo III do regime jurídico da gestão hospitalar, que entram em vigor no dia imediato ao da sua publicação.

Aprovada em 26 de Setembro de 2002.

O Presidente da Assembleia da República, João Bosco Mota Amaral.

Promulgada em 24 de Outubro de 2002.

Publique-se.

Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 29 de Outubro de 2002.

O Primeiro-Ministro, José Manuel Durão Barroso.

ANEXO – Regime jurídico da gestão hospitalar

CAPÍTULO I – Disposições gerais

Artigo 1.º – Âmbito

1 - A presente lei aplica-se aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde.

2 - A rede de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde, nos termos de contratos celebrados ao abrigo do disposto no capítulo IV, e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebradas convenções.

Artigo 2.º – Natureza jurídica

1 - Os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

- a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos, nos termos do n.º 2 do artigo anterior.

2 - O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições e serviços do SNS por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos, nos termos do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, podendo aderir à mesma outros profissionais de saúde, em termos a definir no despacho que autorize a convenção.

Artigo 3.º – Exercício da actividade

1 - A capacidade jurídica dos hospitais abrange todos os direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins.

2 - O exercício da actividade hospitalar pelas entidades referidas na alínea d) do n.º 1 do artigo anterior está sujeito a licenciamento prévio, nos termos da legislação aplicável.

Artigo 4.º – Princípios gerais na prestação de cuidados de saúde

Na prestação de cuidados de saúde observam-se os seguintes princípios gerais:

- a) Liberdade de escolha do estabelecimento hospitalar, em articulação com a rede de cuidados de saúde primários;
- b) Prestação de cuidados de saúde, com humanidade e respeito pelos utentes;
- c) Atendimento de qualidade, com eficácia e em tempo útil aos utentes;
- d) Cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais.

Artigo 5.º – Princípios específicos da gestão hospitalar

Os hospitais devem pautar a respectiva gestão pelos seguintes princípios:

- a) Desenvolvimento da actividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, designadamente planos de actividade, anuais e plurianuais, orçamentos e outros;
- b) Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos;
- c) Desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde;
- d) Financiamento das suas actividades em função da valorização dos actos e serviços efectivamente prestados, tendo por base a tabela de preços e os acordos que se encontrem em vigor no SNS;
- e) Promoção da articulação funcional da rede de prestação de cuidados de saúde;
- f) Aplicação do Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde.

Artigo 6.º – Poderes do Estado

1 - O Ministro da Saúde exerce em relação aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e na parte das áreas e actividade, centros e serviços nela integrados, os seguintes poderes:

- a) Definir as normas e os critérios de actuação hospitalar;
- b) Fixar as directrizes a que devem obedecer os planos e programas de acção, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população;
- c) Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais;
- d) Determinar auditorias e inspecções ao seu funcionamento, nos termos da legislação aplicável.

2 - Os hospitais devem facultar ao Ministro da Saúde, sem prejuízo da prestação de outras informações legalmente exigíveis, os seguintes elementos, visando o seu acompanhamento e controlo:

- a) Os documentos oficiais de prestação de contas, conforme definido no Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde;
- b) Informação periódica de gestão sobre a actividade prestada e respectivos indicadores.

Artigo 7.º – Órgãos

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

Artigo 8.º – Informação pública

O Ministério da Saúde divulga, anualmente, um relatório com os resultados da avaliação dos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde mediante um conjunto de indicadores que evidencie o seu desempenho e eficiência.

CAPÍTULO II – Hospitais do sector público administrativo (SPA)

SECÇÃO I – Estabelecimentos públicos

Artigo 9.º – Regime aplicável

1 - Os hospitais previstos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º regem-se pelas normas do capítulo I, pelas normas do presente capítulo, pelas normas do SNS, pelos regulamentos internos e, subsidiariamente, pelas normas aplicáveis ao SPA.

2 - A atribuição da natureza jurídica referida no número anterior a hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde efectua-se mediante diploma próprio do Governo.

Artigo 10.º – Princípios específicos da gestão hospitalar do SPA

1 - A gestão dos hospitais abrangidos pelo n.º 1 do artigo 9.º observa os seguintes princípios específicos:

- a) Garantia da eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infra-estruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa óptima da utilização dos recursos disponíveis;
- b) Elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a administração regional de saúde (ARS) respectiva, de acordo com o princípio contido na alínea d) do artigo 5.º, nos quais sejam definidos os objectivos a atingir e acordados com a tutela, e os indicadores de actividade que permitam aferir o desempenho das respectivas unidades e equipas de gestão;
- c) Avaliação dos titulares dos órgãos de administração, dos directores dos departamentos e de serviços e dos restantes profissionais, de acordo com o mérito do seu desempenho, sendo este aferido pela eficiência demonstrada na gestão dos recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes;
- d) Promoção de um sistema de incentivos com o objectivo de apoiar e estimular o desempenho dos profissionais envolvidos, com base nos ganhos de eficiência conseguidos, incentivos que se traduzem na melhoria das condições de trabalho, na participação em acções de formação e estágios, no apoio à investigação e em prémios de desempenho;

e) Articulação das funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão de recursos em torno dos directores de departamento e de serviço, sendo-lhes reconhecido, sem prejuízo das competências dos órgãos de administração, autonomia na organização do trabalho e os correspondentes poderes de direcção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, com a salvaguarda das competências técnica e científica atribuídas por lei a cada profissão;

f) Nos casos em que a garantia da satisfação dos utentes de acordo com padrões de qualidade e a preços competitivos o justifique, a possibilidade de cessão de exploração ou subcontratação, nos termos da alínea f) do artigo 12.º, de um centro de responsabilidade, ou de um serviço de acção médica, a grupos de profissionais de saúde ou a entidades públicas ou privadas que demonstrem capacidade e competência técnicas.

2 - Os directores de departamento e de serviço respondem perante os conselhos de administração dos respectivos hospitais, que fixam os objectivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica.

3 - As comissões de serviço dos directores de departamento e de serviço para além das situações previstas no artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, quando se trate de profissionais designados ao abrigo desta lei, podem ser dadas por findas, a todo o tempo, pelo respectivo conselho de administração, em resultado do incumprimento dos objectivos previamente definidos.

Artigo 11.º – Organização interna

1 - A estrutura orgânica dos hospitais, bem como a composição, competências e funcionamento dos órgãos hospitalares, consta de regulamento a aprovar por diploma próprio do Governo.

2 - Os hospitais dispõem de um regulamento interno aprovado nos termos definidos pelo diploma a que se refere o número anterior.

3 - Para a prossecução dos princípios definidos no artigo anterior, os hospitais devem organizar-se e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custos.

Artigo 12.º – Tutela específica

1 - Para além das competências referidas no artigo 6.º, compete ainda ao Ministro da Saúde, com faculdade de delegação na ARS:

- a) Aprovar os planos de actividade e financeiros plurianuais;
- b) Aprovar os planos de actividade e os orçamentos de exploração e investimento anuais, bem como as respectivas alterações;
- c) Aprovar os documentos de prestação de contas;
- d) Aprovar as tabelas de preços a cobrar, nos casos previstos na lei;
- e) Homologar os contratos-programa;
- f) Autorizar os contratos de cessão de exploração ou subcontratações previstas na alínea f) do artigo 10.º;
- g) Criar, extinguir ou modificar departamentos, serviços e unidades hospitalares.

2 - Compete aos Ministros das Finanças e da Saúde:

- a) Autorizar, nos termos da lei e nos limites das suas competências, a compra ou alienação de imóveis;
- b) Definir os parâmetros da negociação a incluir nos instrumentos de regulamentação colectiva.

Artigo 13.º – Receitas dos hospitais

Constituem receitas dos hospitais:

- a) As dotações do Orçamento do Estado produto dos contratos-programa, previstos na alínea b) do n.º 1 do artigo 10.º;
- b) O pagamento de serviços prestados a terceiros nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, bem como as taxas moderadoras;
- c) Outras dotações, participações e subsídios do Estado ou de outras entidades;
- d) O rendimento de bens próprios;
- e) O produto da alienação de bens próprios e da constituição de direitos sobre os mesmos;
- f) As doações, heranças ou legados;
- g) Quaisquer outros rendimentos ou valores que resultem da sua actividade ou que, por lei ou contrato, lhe devam pertencer.



Artigo 14.º – Pessoal

1 - Os funcionários e agentes da Administração Pública que prestam serviço nos hospitais à data da entrada em vigor da presente lei regem-se pelas normas gerais aplicáveis, de acordo com o disposto na base XXXI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

2 - A admissão de pessoal pelos hospitais após a entrada em vigor da presente lei pode reger-se de acordo com os princípios da publicidade, da igualdade, da proporcionalidade e da prossecução do interesse público e pelas normas aplicáveis ao contrato individual de trabalho.

3 - Exceptua-se do disposto no número anterior o pessoal em formação que esteja ou venha a ser contratado para esse fim, ao qual se aplica o contrato administrativo de provimento.

4 - Ao pessoal com relação jurídica de emprego público que opte pelo regime de contratação individual de trabalho é aplicável o disposto nos artigos 21.º e 22.º do Estatuto do SNS.

Artigo 15.º – Hospitais com ensino e investigação

Sem prejuízo da aplicação da presente lei aos hospitais com ensino pré-graduado e de investigação científica, os mesmos são objecto de diploma próprio quanto aos aspectos relacionados com a interligação entre o exercício clínico e as actividades da formação e da investigação, no domínio do ensino dos profissionais de saúde.

Artigo 16.º – Acordos com entidades privadas

Mediante autorização do Ministro da Saúde, os hospitais podem associar-se e celebrar acordos com entidades privadas que visem a prestação de cuidados de saúde, com o objectivo de otimizar os recursos disponíveis.

Artigo 17.º – Grupos e centros hospitalares

1 - Aos centros hospitalares aplica-se uma única estrutura de órgãos, nos termos previstos nesta lei.

2 - Cada estabelecimento hospitalar integrado em grupo hospitalar pode ter uma estrutura de órgãos própria, nos termos previstos na presente lei.

SECÇÃO II – Estabelecimentos públicos com natureza empresarial

Artigo 18.º – Regime aplicável

1 - Os hospitais previstos na alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º regem-se pelo respectivo diploma de criação, pelos seus regulamentos internos, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica e, subsidiariamente, pelo regime jurídico geral aplicável às entidades públicas empresariais, não estando sujeitos às normas aplicáveis aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos autónomos.

2 - O disposto no número anterior não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I.

3 - Os hospitais que revistam a natureza jurídica de estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial constam de diploma próprio do Governo.

CAPÍTULO III – Sociedades anónimas de capitais públicos

Artigo 19.º – Regime

1 - Os hospitais previstos na alínea c) do n.º 1 do artigo 2.º regem-se pelo disposto no capítulo I desta lei em tudo o que não seja incompatível com a sua natureza jurídica, pelo presente capítulo e nos respectivos diplomas de criação, onde constam os estatutos necessários ao seu funcionamento, pelo regime jurídico do sector empresarial do Estado, pela lei reguladora das sociedades anónimas, bem como pelas normas especiais cuja aplicação decorra do seu objecto social e do seu regulamento.

2 - A titularidade do capital social pertence apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos, nos termos a definir nos respectivos diplomas de criação.

3 - Os direitos do Estado como accionista, bem como os poderes de tutela económica, são assegurados conjuntamente pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, de acordo com o regime jurídico aplicável e as orientações estratégicas definidas.

4 - Compete ao Ministro da Saúde verificar o cumprimento, pelos hospitais das orientações relativas à execução da política nacional de saúde, podendo, para o efeito, determinar especiais deveres de informação.

CAPÍTULO IV – Estabelecimentos privados

Artigo 20.º – Regime

1 - Os hospitais previstos na alínea d) do n.º 1 do artigo 2.º regem-se:

a) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas com fins lucrativos, pelos respectivos estatutos e pelas disposições do Código das Sociedades Comerciais;

b) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas sem fins lucrativos, pelo disposto nos respectivos diplomas orgânicos e, subsidiariamente, pela lei geral aplicável.

2 - O disposto no número anterior não prejudica o cumprimento das disposições gerais constantes do capítulo I.

CAPÍTULO V – Disposições finais e transitórias

Artigo 21.º – Disposição final

Os mandatos dos titulares dos actuais conselhos de administração dos hospitais referidos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º mantêm-se até ao final do respectivo prazo, desde que não ultrapassem 30 de Junho de 2003.

Entrevistas aos Profissionais de Saúde: Técnicos de Farmácia

Ep1:

R1: Foram mudados alguns instrumentos e base de dados que ao serem implementados trouxeram dificuldades na aplicação prática por falta de formação em tempo útil.

Verificou-se em face das mudanças algum atraso na resposta a determinados pedidos por ex.: de material.

R2: Alguns desadequados para o objectivo específico a atingir e outros facilitadores (Tecnologias de Informação e Comunicação) que permitem um acesso mais rápido aos dados, tornando a gestão mais equitativa e eficiente.

R3: Sim.

R4: Não.

R5: Não.

R6: Instrumentos de medida mais sensíveis. Desburocratização dos Sistemas de Gestão agilizando a mesma. Minimizar barreiras à comunicação.

R7: Boa aceitação desde que devidamente informados. O processo de mudança deve fazer-se sempre com e pelas pessoas.

Ep2:

R1: Gosto de mudanças e adapto-me...sem ela. Quando o sistema foi alterado o impacto foi negativo, porque senti-me posta à margem.

R2: São mais teóricas do que práticas.

R3: Têm impacto significativo desde o momento em que nos dão liberdade de os conhecer via Intranet.

R4: Sim, tenho capacidade e competência para me adaptar ao que for necessário.

R5: Não.

R6: Em qualquer gestão seria importante considerar as opiniões de base que tornariam mais sólido e perfeito qualquer serviço.

R7: Aceito e colaboro, eles são parte do processo de mudança.

Ep3:

Técnica de Laboratório de Análises Clínicas desde 1983 e do quadro da Função Pública desde 1996. Na forma de implementação, o novo programa desenvolve uma proposta nova no processo de prestação de consultoria e na difusão da qualidade de gestão e assistência hospitalar diferente do processo tradicional.

Com o novo sistema, acho que, os Centros Hospitalares têm que se capacitar para gerir os recursos disponíveis da forma racional, para minimizar os custos administrativos e de produção é evidente que tem sempre um impacto forte na vida das pessoas que trabalham na área porque é uma mudança que esperamos que seja numa conseqüente eliminação de perdas com uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes, gerando receitas suficientes para que investimentos em humanização, hotelaria e infra estrutura passem a ser uma constante criando assim uma perfeita identificação com os utentes que procuram os serviços.

Lamento não ter nenhuma formação sobre o sistema da gestão. Na minha opinião, penso que, a aceitação dos profissionais tem sido boa e que cada um tem estado a dar o seu contributo empenhado no trabalho da inovação do sistema para que haja progresso e um bom funcionamento da nova gestão.

Ep4:

R1: Verifica-se uma melhoria em termos de espaço físico de trabalho e uma melhor optimização de prestação do serviço. No entanto, existe maior sobrecarga de trabalho.

R2: Redução de custos e relação mais próxima entre serviços farmacêuticos e serviços clínicos.

R3: Sim.

R4: Sim.

R5: Não.

R6: Pagamento de horas que todos dispõem diariamente para além dos seus serviços de urgência.

R7: Acho que bom, pois todos fazemos parte deste inovador processo se bem que se perdeu alguma qualidade de prestação de serviço.

Ep5:

R1: Quanto ao Sistema de Informação / Gestão de unidade hospitalar, neste caso concreto a Farmácia, senti um impacto muito grande. Na verdade, ninguém sabia como iria correr mas estávamos todos confiantes e isso foi muito bom.

A Farmácia tem dois Sistemas de Informação / Gestão:

Pyxis – é reposito todos os dias por um Técnico da Farmácia e permite gerir os medicamentos existentes no serviço onde este sistema se encontra.

Kárdex – é um sistema semi-automatizado de distribuição de medicamentos. Permite gerir o *stock* de medicamentos na Farmácia e fornecê-los aos doentes internados, através da distribuição em Dose Unitária, e aos serviços em geral. Na elaboração da Dose Unitária podem ser feitos, em simultâneo, vários serviços de internamento.

R2: Considero bons os procedimentos de gestão da Farmácia porque permite-nos controlar os medicamentos nos serviços (pyxis), na Farmácia através do kárdex e também através da dose unitária por doente.

R3: O Sistema de Informação / Gestão tem um impacto significativo na qualidade dos serviços prestados, uma vez, que faz a gestão de todos os medicamentos.

R4: Acho que sim, no que diz respeito à reposição dos medicamentos (pyxis), e gestão dos *stocks* existentes na Farmácia (kárdex). A gestão do pyxis e do kárdex é da responsabilidade uma farmacêutica, que os pode reorganizar, como entender.

R5: Na verdade não, ou seja, tivemos uma explicação de meia hora de como funciona o sistema.

R6: Seria bom que todos os profissionais tivessem as mesmas oportunidades de formação para que pudessem desempenhar cada vez melhor as suas funções.

R7: Os profissionais de Saúde no início não aceitavam muito bem o novo Sistema de Informação / Gestão por não estarem habituados mas agora tenho a certeza que estão satisfeitos. Eles são parte do processo de mudança, uma vez que colaboram com a Farmácia, aceitando o novo método de Sistema de Informação.

Ep6:

R1: Essa alteração coincidiu com a mudança física das instalações da Farmácia Hospitalar, verificando-se uma melhoria em termos de espaço de trabalho, no entanto, e apesar de ter passado a ser possível um controlo de gastos e consumos por parte dos serviços clínicos muito mais rigoroso, os Técnicos de Farmácia viram a sua carga de trabalho aumentada para cumprir as metas diárias.

R2: Parece-me que este sistema permite uma redução nos custos e despesas do Hospital, bem como, uma relação mais próxima entre a Farmácia Hospitalar e os serviços clínicos mas veio mostrar mais claramente que a equipa dos Técnicos de Farmácia é reduzida para as tarefas a desempenhar.

R3: Penso que sim, é um processo que ficou facilitado saber se existe na Farmácia e está disponível e em condições de ser enviado ao doente um determinado medicamento ou produto farmacêutico mas isso não significa que o doente o receba imediatamente porque este sistema de distribuição aliado à sobrecarga e cansaço do Técnico de Farmácia pode levar a um maior intervalo de tempo entre o pedido e a entrega do medicamento / produto farmacêutico.

R4: Sim, apesar de ainda ser recente e continuarmos em período de adaptação já é visível que os Técnicos de Farmácia poderiam ter muito mais autonomia na Farmácia Hospitalar e poderia mesmo reduzir o pessoal a nível de farmacêuticos, se contratassem mais um ou dois Técnicos de Farmácia.

R5: Não.

R6: Fazer um mapa de rotação de Técnicos de Farmácia, por exemplo, numa base trimestral para que todos possam ter acesso a todas as áreas da Farmácia Hospitalar para as quais têm formação. Um melhor desempenho poderia ser atingido se as horas extras que os Técnicos de Farmácia se dispõem a fazer quase todos os dias fossem pagas.

R7: Parece-me que há um elevado nível de aceitação porque os Técnicos de Farmácia estão sempre disponíveis para dar o seu contributo para um bom resultado e o bom funcionamento da Farmácia Hospitalar. Sem dúvida todos somos parte deste processo e com mais autonomia concerteza os Técnicos de Farmácia seriam também agentes de mudança.

Ep7:

R1: Embora um pouco céptica...devo admitir que comparado com a década anterior o sistema implementado nesta unidade hospitalar "serviços farmacêuticos" foi positiva, tendo em conta dois factores:

- a) O espaço físico, tendo sido construída uma nova farmácia;
- b) A instalação de novos meios tecnológicos para a distribuição de medicamentos como o kárdex e o pyxis.

R2: É positiva quando comparada com o anterior sistema em relação a dois aspectos:

- a) Poupança orçamental hospitalar (gasto por consumo);

- b) Satisfação dos pedidos em tempo útil aos serviços sem que se verifique ruptura de *stock*, servindo assim melhor o doente.

R3: Sim. Basta pensarmos no acesso rápido que temos ao medicamento, no controlo rigoroso dos *stocks* e validades, evitando assim a inutilização dos medicamentos e consequentemente minimizando os custos.

R4: Algumas.

R5: Não!

R6: Sendo a gestão do medicamento implementada nos serviços farmacêuticos uma inovação para todos os profissionais, Técnicos de Farmácia e considerando que a inovação é um factor crítico de sucesso, seria bom que todos os profissionais tivessem as mesmas oportunidades de formação para que pudessem desempenhar cada vez melhor as suas funções.

R7: É positiva. Como profissionais que somos fazemos parte do processo de mudança, adaptamo-nos às novas tecnologias, pois o factor essencial num processo de mudança é o “Homem”. Quanto a outros profissionais envolvidos neste processo a aceitação não foi das melhores, pois estavam em causa hábitos e conceitos dos antigos sistemas de distribuição. Concerteza que também fazem parte do processo de mudança, colaborando com a Farmácia e aceitando os novos métodos de informação e gestão.

Ep8:

R1: O impacto foi sentido a vários níveis: os “pedidos de compra” que eram feitos, até então, em grandes quantidades, armazenando e gasto à medida das necessidades, passaram a ser quase que para 15/30 dias (e logo se vê). Os cortes constantes, tornaram a maneira de trabalhar muito difícil, sem saber o que vai ser hoje, também psicologicamente, o stress que tudo isso causa, até porque por vezes esses pedidos de compra voltam para trás, para que melhor se justifique...enfim! Outro departamento, onde se sentiu também essa alteração foi a secção administrativa: para o mesmo volume de trabalho deixámos de ter três funcionários e passámos para dois e actualmente apenas um! É claro, que isto, na prática afecta a capacidade de resposta de saída de diagnósticos...quem vai ser afectado? Sempre o doente!

Não menos importante e, talvez preocupante será a degradação do estudo psicológico dos Técnicos de Saúde a vários níveis:

- Estagnação das carreiras;
- A “preparação” dos jovens colegas criando-se um “não olhar a meios para atingir fins...”;
- Fecho e junção de hospitais com a respectiva redução de pessoal / mobilidade.

R2: Em relação aos procedimentos de gestão actualmente usados, penso que a gestão dos consumos e compras estarão “mais apertados” e, por vezes, gera um clima de stress entre todos, considerando que se queremos algum tipo de material (clínico ou outro) e não há em *stock*, teremos que contornar e trabalhar doutra maneira, tendo sempre em conta o “produto final” (que é o doente) não seja prejudicado.

R3: A nível de informação, a actualização dos programas informáticos vieram modernizar “a comunicação hospitalar”, facilitando o acesso a toda a informação do doente, consumos a nível hospitalar, compras...mas por vezes em alturas críticas há falhas dos sistemas referidos e temos que aguardar que volte a funcionar...acarretando, assim, um impacto negativo na qualidade dos serviços prestados.

R4: Com a evolução a nível informático, tendo em conta que há 20 anos nada estava informatizado no hospital, tive que me actualizar, tirar um ou dois cursos de computadores, pagos por mim, para que me integrasse no actual sistema.

Actualmente, considero que estou completamente adaptada aos programas informáticos do meu serviço.

R5: Frequentei um curso de formação nas Estel’s sob o tema “Administração e Gestão em Saúde”, no ano de 2005.

R6: Tendo em conta as convenções dos serviços públicos com os serviços privados, de modo a que fiquem com o menor número de pessoas na área dos TDT, esse facto, vai facilitar os recursos a nível hospitalar, não havendo a preocupação do objectivo final que é o doente...

Vários factores poderiam ser melhorados:

- Acessibilidade do doente ao hospital;
- Redução do tempo de marcação de consulta;
- Diminuição do tempo de marcação de cirurgias;
- Maior disponibilidade do médico para com o doente.

R7: Tendo em conta que os hospitais têm profissionais de todas as categorias e níveis de idade é claro que uma pessoa mais velha não terá a capacidade de adaptação a “novas situações” que uma mais jovem...embora ache que a sua personalidade tem também muito a ver com a adaptabilidade! Por vezes, é uma questão de tempo! Acho também que cada vez mais alteram a idade da reforma para mais tarde mas querem reformar as pessoas mais cedo...será isto a “mobilidade”?

Ep9:

R1: Tenho 20 anos de exercício profissional. Atravessei várias fases de evolução de profissão mas sinto que são sobretudo os profissionais que fazem e valorizam (ou não) o grupo em que se integram. As mudanças na gestão não têm impacto directo na minha experiência e actividade profissional mas têm requerido mais adaptação sobretudo pelo facto de haver maior carácter de competição, quer na mesma área, quer noutras equipas que nos rodeiam.

R2: A “lei da sobrevivência” das unidades e interesses que me ultrapassam não acredito que sejam de uma boa gestão.

R3: “Informação é poder!” Sem informação não haverá boa gestão. Ninguém gosta de dividir poder, como tal não disponibiliza informação.

R4: Eu até posso ter as competências mas não me são atribuídas por quem de direito, nada feito. O melhor partido depende sempre dos objectivos profissionais de cada um.

R5: Sim, sobre o novo modelo de gestão hospitalar.

R6: A principal medida será sempre a rentabilização e motivação dos recursos humanos existentes, na maior parte das áreas a pirâmide está invertida e a parte de autonomia e responsabilização dos profissionais torna-os menos motivados. Por outro lado, a tendência para o excesso no pedido de exames exacerba a despesa e mantém os números e a sobrevivência de serviços e cargos!

R7: Eles serão sempre a peça mais importante da instituição, só com eles será possível mudar qualquer sistema. Têm, contudo, de acreditar e confiar na instituição e no serviço onde desempenham funções.

Ep10:

R1: Os impactos sentidos foram na sua maioria negativos. De positivo registo a noção de que os números da gestão são tratados e analisados. A tentativa de racionalização dos recursos. A dotação com ferramentas de gestão (software). De negativo registo um aumento da carga burocrática. A muito maior dificuldade em proceder a inovações (organizacionais ou tecnológicas); os cortes em pessoal sem a necessária reorganização do serviço.

R2: Os procedimentos de gestão implementados foram-nos de uma forma avulsa, sem estarem integrados numa estrutura coerente de gestão. As ferramentas de gestão fornecidas não parecem ter tido grande impacto na modificação estrutural do laboratório.

R3: Sim, mas neste caso negativos. O Sistema de Informação do laboratório é de muito má qualidade, levando a um *input* deficiente no Sistema de Gestão do Laboratório / Hospital, originando que as medidas avulsas implementadas estejam deficientemente fundamentadas. Não haverá nunca um Sistema de Gestão satisfatório sem um Sistema de Informação coerente e funcional.

R4: Não. Nem quero ter. Há a tendência para considerar que todos temos que ser gestores. Como médico que gosta da sua profissão, não quero de modo nenhum ser gestor. O que é necessário é que médicos (e outros profissionais competentes) sejam enquadrados por gestores competentes e ambos fazem uma linguagem mutuamente compreensível. O médico (ou outros profissionais) devem debater as questões com os gestores mas ambos precisam de falar a mesma linguagem. A gestão deve ser deixada aos gestores e a clínica aos clínicos, sem prejuízo de vocações pessoais que devem ser estimuladas e dotadas da necessária formação complementar.

R5: Não.

R6: Como já disse, não há boa gestão sem boa informação. É fundamental um bom sistema de informação de modo a que os *inputs* sejam fiáveis e permitam a tomada de decisões fundamentadas. Não cabe neste espaço a indicação de medidas concretas mas alguns princípios básicos são fundamentais:

- o primado da competência sobre a “carreira”;
- a discussão de objectivos (balizada no tempo) e das tomadas de decisão a fim de atingir os objectivos definidos;
- a avaliação de todos os intervenientes nos processos de gestão / decisão;
- a criação de um fórum interprofissional de discussão / acompanhamento com os correspondentes mecanismos de comunicação / informação.

R7: Na sua esmagadora maioria os profissionais de Saúde estão completamente alheados das inovações nos Sistemas de Informação ou de Gestão, encarando-os apenas como um conjunto de medidas de cariz economicista que tentam levar a um controlo puramente orçamental. Não só são parte do processo de mudança como começa neles o processo de mudança. Assim haja gestores capazes de os motivar e conquistar para novos desafios.

Ep11:

R1: Da minha experiência profissional, nesta unidade hospitalar, não notei que a alteração do Sistema de Gestão tivesse tido um grande impacto. No entanto, saliento três vertentes que me parecem ter tido maior impacto: a melhoria ao nível das infra estruturas e sistemas de organização de alguns serviços que têm vindo a tornar esta unidade hospitalar um local muito mais acolhedor para os utentes / doentes; o controlo mais rigoroso dos gastos, nomeadamente

com os medicamentos, materiais e equipamentos e, por último, a redução do número de profissionais de Saúde.

R2: Em termos dos medicamentos / produtos de Saúde penso que os procedimentos de gestão implementados têm sido positivos, na medida em que há um controlo mais rigoroso dos *stocks* dos medicamentos / produtos existentes, o que se traduz numa redução dos gastos. No que respeita a recursos humanos, pelo contrário, com este Sistema de Gestão tem-se vindo a verificar uma sobrecarga de trabalho que poderia ser enviada com a contratação de mais profissionais...

R3: Claro que sim. Peguemos nos dois exemplos anteriores: se o controlo dos *stocks* existentes de medicamentos permitem que não ocorram rupturas de *stocks*, isto é, que o doente tenha acesso ao medicamento quando precisa dele e que o mesmo se encontre em condições de ser utilizado, isto é, se está dentro do prazo de validade, por outro lado, o facto do número de profissionais de Saúde ser reduzido, aumenta o tempo de espera do doente e em última análise, propicia um aumento do número de erros por parte do profissional de Saúde, devido ao cansaço.

R4: Sim. Considero que tenho competências para tal, muito embora e pareça que, no serviço em que estou integrada, esta pergunta não faz muito sentido.

R5: Não!

R6: Em primeiro lugar acho que a gestão é uma área que só funciona plenamente se houver colaboração de todos os profissionais. Assim sendo, um aspecto fundamental para que hajam melhorias nesta área é incentivar, é mostrar aos profissionais a importância que esta área tem, e que a participação de todos é importante.

R7: Na minha opinião, a aceitação dos profissionais de Saúde de inovações nos Sistemas de Informação e Gestão, só não é maior porque, muitas vezes, eles são deixados à margem destes processos / sistemas, o que não pode, de forma alguma, acontecer, uma vez que os profissionais de Saúde são parte integrante deste processo de mudança!

Entrevistas às Chefias da Unidade Hospitalar: Médicos

9. Quais considera terem sido as alterações mais significativas aquando da passagem do Hospital para um Sistema de Gestão S.A.?
10. Como avalia esta alteração em termos de impacto da cultura organizacional e da importância atribuída aos Sistemas de Gestão / Informação?
11. Como é que avalia os procedimentos de gestão que estão implementados no serviço em que trabalha?
12. Sente que os Sistemas de Informação / Gestão têm um impacto significativo na qualidade dos serviços prestados?
13. Considera que os profissionais de Saúde que trabalham nesta unidade hospitalar estão dotados das competências necessárias para tirar o melhor partido do sistema que se encontra implementado?
14. É uma preocupação das chefias desta unidade hospitalar a formação dos seus profissionais em Sistemas de Informação / Gestão?
15. Que medidas, na área da Gestão / Comunicação é que considera que podem ser implementadas no sentido de melhorar o desempenho dos profissionais de Saúde?
16. A implementação de um processo de constante melhoria nos Sistemas de Gestão / Informação é uma preocupação das chefias?

Ec1:

R1: À partida num Sistema de Gestão S.A. pretende-se rentabilizar o negócio, bem como, encontrar mecanismos para otimizar os processos internos.

R2: A alteração acarreta impactos bastante profundos, uma vez que, muitos colaboradores não estão familiarizados e são reticentes quanto ao uso de novas tecnologias, nomeadamente na área de Sistemas de Informação. Os métodos de trabalho provavelmente foram os mais afectados.

R3:.....

R4: Dependendo da forma como decorre a sua implementação, podem ou não, impactar de forma decisiva, a qualidade dos serviços. Todo o processo depende acima de tudo da forma como é passada a informação aos colaboradores, por forma a que entendam o funcionamento do sistema, como interagir com ele, incrementando assim a qualidade do serviço.

R5: Sim.

R6: Sim, ou caso contrário, não estaríamos familiarizados, confortáveis com o sistema.

R7: Periodicamente, poder-se-ia proceder a processos de avaliação (no formato de questionário, por exemplo) para medir o desempenho dos profissionais. Seria interessante também, tomar o pulso dos profissionais (por exemplo com reuniões) e perceber o que melhorar / alterar.

R8: Intimamente ligada ao processo de percepção de como os colaboradores interagem com o sistema, está a questão da melhoria.

Os colaboradores são a principal fonte para identificação das medidas a tomar. E sim, em termos hierárquicos e de competências, as chefias deveriam ter essa preocupação.

Ec2:

R1: Para optimização do Sistema de Gestão.

R2: A falta de domínio das novas tecnologias podem provocar alterações tornando a gestão mais diferente.

R3: Os procedimentos têm sido lentos e a adaptação também.

R4: Sim têm tido algum impacto significativo na melhoria dos serviços.

R5: Não considero que estejam dotados de competências necessárias. A meu ver seriam necessárias mais informações para implementar procedimentos mais adequados.

R6: No serviço em que trabalho essa preocupação existe só para alguns, pois a oportunidade quando surge não é para todos. É para que funcione apenas por simpatia.

R7: Formação na área para o desenvolvimento profissional, avaliação periódica de satisfação dos utentes, avaliação contínua dos prestadores e colaboradores afim de se verificar quais as alterações que eventualmente se assumem fazer para melhorar os serviços apresentação dos problemas para todos em conjunto minimizarem-nos tentando solucioná-los.

R8: Nem sempre as chefias demonstram preocupação nesse sentido por falta de verba.

Ec3:

R1: Não se revelaram grandes alterações.

R2: Não houve impacto, nem parece ter havido nenhum estudo.

R3: Os procedimentos de gestão resumem-se apenas a escalas. Os restantes, diria que não existem.

R4: Não se sente, mas era importante que assim fosse, mesmo para o utente.

R5: É um pouco difícil de averiguar, porque cada um adquire as suas competências por sua autodeterminação dado que, aqui, não há formação.

R6: Até ao momento, não tem sido a prioridade.

R7:

Melhor comunicação.

- Estabelecimento de metas, resultados.
- Estabelecimento de objectivos.

R8: Talvez venha a ser.

Ec4:

R1: Gestão mais apertada com controlo e objectivos.

R2: Não houve impacto.

R3: São insuficientes.

R4: Sim, pois o novo sistema informático permitiu serviços de melhor qualidade.

R5: Não. Deveriam fazer formação profissional para acompanhar a evolução tecnológica do sistema implementado.

R6: Sim, os profissionais por vezes não se encontram motivados para alterarem os procedimentos enraizados e resistem à mudança.

R7: Medidas na área da comunicação, formação, e sistemas de incentivos.

R8: Sim, esse foi o motivo pelo qual tanto se lutou pela Gestão SA.

Ec5:

R1: Mais fácil acesso ao Conselho de Administração.

R2: Melhor rapidez de resposta às necessidades do Serviço e dos trabalhadores. Avaliações de desempenho com prémios pagos aquando do cumprimento dos objectivos. Preocupação com a qualidade criação de cursos profissionais para melhoria.

R3: Os procedimentos se acessíveis e relativamente eficazes, mas só no Hospital em estudo.

R4: Sim.

R5: Não.

R6: Se não é, deveria ser.

R7: Alargar o sistema informático colocando processo único electrónico, dando formação aos profissionais e possibilidade dos mesmos aos registos para aplicar estatísticas.

R8: Sim.

Ec6:

R1: Gestão mais apertada por parte das chefias sem justificação, nem objectivos definidos ou pelo menos divulgados.

R2: Não houve impacto, porque falhou a criação de cultura organizacional.

R3: Ligeiramente mais eficazes devido à introdução do sistema informático.

R4: Não. A inovação não ocorreu no sistema da Gestão, em geral apenas na Informática.

R5: Não. Como seria desejável.

R6: Creio que não desta nem das restantes.

R7: Formar equipas para fazer Formação nas áreas mais adequadas. Com vínculo à Instituição.

R8: Sim. Mas só a nível informático não é suficiente.

Ec7:

R1: Não se percebeu qualquer alteração, na prática.

R2: Não houve impacto.

R3: Não existem procedimentos de gestão, com excepção das escalas de urgência do pessoal e mesmo essas com critérios discutíveis. A gestão do serviço é feita, basicamente, de acordo com a vontade e autoritarismo do Director (a) de Serviço (que não tem que responder por esse tipo de gestão).

R4: Deveriam ter; mas não se tem.

R5: Não é possível saber isso já que na prática, não existe implementado qualquer Sistema de Gestão digno desse nome.

R6: Não.

R7: Maior envolvimento dos profissionais nos resultados (e consequências) do seu trabalho e produtividade. Estabelecimento de objectivos individuais verdadeiros e mensuráveis (e não o "fol-clore" que se tem verificado).

R8: Não.

Ec8:

R1: Maior rapidez no atendimento do utente.

R2: A nível da cultura organizacional não houve impacto e nos Sistemas de Gestão que eu tenha conhecimento ainda não houve grande alteração.

R3: São razoáveis, mas não é suficiente.

R4: Sim têm impacto, mas há muito para fazer.

R5: Há serviços que estão vedados a uns e permitidos a outros.

R6: Não parece ser a preocupação destas porque temos colegas que não sabem fazer um pedido *online*.

R7: Acho que se devia dar mais formação, auscultar as necessidades individuais face às novas tecnologias, maior envolvimento dos profissionais.

R8: Não revela ter sido a principal preocupação.

Ec9:

R1: As alterações mais significativas têm se revelado só a nível do atendimento, o que se deve a melhorias na informática.

R2: A nível de cultura organizacional ainda não se revelou nada de concreto e quanto à importância dos Sistemas de Gestão e de Informação, estes são cruciais para o bom funcionamento de uma Gestão S.A..

R3: Existem muito poucos, eu diria que são quase nulos. Os que existem, que eu tenha conhecimento, não são elaborados com base em critérios de gestão.

R4: Se os Sistemas de Gestão estivessem implementados e a funcionar, acredito que sim. Deste modo, não se revela o impacto.

R5: Deveriam estar dotados dessas competências, mas o facto é que também não vejo as chefias preocupadas em organizar equipas para fazerem, no devido tempo, formação adequada.

R6: Não se tem revelado até ao momento.

R7: Definição de objectivos conjuntos. Maior envolvimento das chefias e dos profissionais. Mais canais de comunicação.

R8: Não demonstra ter sido.

Ec10:

R1: As alterações mais significativas ocorreram ao nível do atendimento das chefias-utentes.

R2: Não houve impacto.

R3: Os procedimentos de gestão implementados resumem-se quase exclusivamente em critérios de gestão.

R4: Sim, pois permitem a troca de informação entre os profissionais para que possam minimizar as falhas, de forma a aumentar a qualidade do serviço.

R5: Sim, uma vez que a inexistência dessas competências necessárias colocariam em risco a actividade profissional.

R6: Sim, embora alguns profissionais sejam preteridos em relação a outros.

R7: A utilização de instrumentos correctos de avaliação do desempenho dos profissionais de Saúde e não tão preocupada avaliação de desempenho que beneficiam apenas alguns, tendo em conta os parâmetros.

R8: Sim, embora nem sempre possível devido à falta de verbas.

Ec11:

R1: Em termos de gestão.

R2: Estas alterações são positivas em termos de Gestão de Informação e organização de dados. Todavia, estas alterações poderiam ser acompanhados por uma melhoria / alteração de atitudes dos profissionais de Saúde.

R3: Eficazes e organizados.

R4: Sim, têm um impacto significativo na qualidade de serviços prestados.

R5: Sim os profissionais de Saúde estão preparados para tirar o melhor partido dos Sistemas de Informação visto que estão formados para isso.

R6: Sim.

R7: O estabelecimento de objectivos, reuniões regulares a fim de partilhar informação, cursos de desenvolvimento pessoal e profissional, fazer inquéritos de satisfação aos utentes de maneira a melhorar a qualidade do serviço prestado.

R8: De certo modo deveria ser, mas infelizmente isto nem sempre acontece devido a limitações do departamento de formação complementar profissional.

Grelha das Entrevistas

EP – Profissionais de Saúde

EC – Chefias da Unidade Hospitalar

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de Registo
Inserção do sistema de gestão na unidade hospitalar	Alterações	<p>“Foram mudados alguns instrumentos e base de dados que ao serem implementados trouxeram dificuldades na aplicação prática por falta de formação em tempo útil.” (EP1)</p> <p>“ (...) Quando o sistema foi alterado o impacto foi negativo, porque senti-me posta à margem.” (EP2)</p> <p>“Essa alteração coincidiu com a mudança física das instalações da Farmácia Hospitalar, verificando-se uma melhoria em termos de espaço de trabalho (...) um controlo de gastos e consumos por parte dos serviços clínicos muito mais rigoroso, os Técnicos de Farmácia viram a sua carga de trabalho aumentada para cumprir as metas diárias.” (EP6)</p> <p>“Essa alteração foi a secção administrativa: para o mesmo volume de trabalho deixámos de ter três funcionários e passamos para dois e actualmente apenas um” (EP8)</p> <p>“As mudanças na gestão não têm impacto directo na minha experiência e actividade profissional mas têm requerido mais adaptação sobretudo pelo facto de haver maior carácter de competição, quer na mesma área, quer noutras equipas que nos rodeiam.” (EP9)</p> <p>“A muito maior dificuldade em proceder a inovações (organizacionais ou tecnológicas); os cortes em pessoal sem a necessária reorganização do serviço.” (EP10)</p> <p>“Não se revelam grandes alterações” (EC3)</p>

<p>Passagem para o sistema S.A.</p>	<p>Mudanças</p>	<p>“ Mais fácil acesso ao Conselho de Administração.” (EC5)</p> <p>“Não se percebeu qualquer alteração, na prática” (EC7)</p> <p>“As alterações mais significativas ocorreram ao nível do atendimentos das chefias-utentes” (EC10)</p> <p>“ Gestão mais apertada com controlo e objectivos” (EC4)</p> <p>“ A alteração acarreta impactos bastante profundos” (EC1)</p>
	<p>Vantagens</p>	<p>“À partida num Sistema de Gestão S.A. pretende-se rentabilizar o negócio bem como, encontrar mecanismos para otimizar os processos internos” (EC1)</p> <p>“ Maior rapidez no atendimento do utente” (EC8)</p> <p>“ Para optimização do Sistema de Gestão” (EC2)</p> <p>“ Em termos de gestão” (EC11)</p> <p>“ As alterações significativas têm revelado só a nível do atendimento, o que se deve a melhorias na informática” (EC9)</p> <p>“Melhor rapidez de resposta às necessidades do Serviço e dos trabalhadores. Avaliações de desempenho com prémios pagos aquando do cumprimento dos objectivos” (EC5)</p> <p>“Preocupação com a qualidade criação de cursos profissionais para melhoria” (EC5)</p>

<p>Sistemas de Informação/Gestão e ao impacto causado na qualidade de serviços prestados</p>	<p>Avaliação aos procedimentos de gestão</p>	<p>“Alguns desadequados para o objectivo específico a atingir e outros facilitadores (Tecnologias de Informação e Comunicação) que permitem um acesso mais rápido aos dados, tornando a gestão mais equitativa e eficiente.” (EP1)</p> <p>“São mais teóricas do que práticas” (EP2)</p> <p>“O novo sistema acho que os Centros Hospitalares têm que se capacitar para gerir os recursos disponíveis da forma racional, para minimizar os custos administrativos e de produção” (EP3)</p> <p>“Parece-me que este sistema permite uma redução nos custos e despesas do Hospital, bem como uma relação mais próxima entre a Farmácia Hospitalar e os serviços clínicos “ (EP6)</p> <p>“É positiva quando comparada com o anterior sistema em relação a dois aspectos: poupança orçamental hospitalar (...); satisfação dos pedidos (...) servindo assim melhor o doente.” (EP7)</p> <p>“Veio mostrar mais claramente que a equipa dos Técnicos de Farmácia é reduzida para as tarefas a desempenhar” (EP6)</p> <p>“Os procedimentos de gestão implementados foram-nos de uma forma avulsa, sem estarem integrados numa estrutura coerente de gestão.” (EP10)</p> <p>“Em termos dos medicamentos / produtos de saúde penso que os procedimentos de gestão implementados têm sido positivos, na medida em que há um controlo mais rigoroso dos <i>stocks</i> dos medicamentos / produtos existentes” (EP11)</p> <p>“No que respeita a recursos humanos, pelo contrário, com este Sistema de Gestão tem-se vindo a verificar uma sobrecarga de trabalho que poderia ser enviada com a contratação de mais profissionais.” (EP11)</p>

	<p>Procedimentos</p>	<p>“Os procedimentos têm sido lentos e a adaptação também” (EC2)</p> <p>“Os procedimentos de gestão resumem-se apenas a escalas. Os restantes, diria que não existem” (EC3)</p> <p>“São insuficientes” (EC4)</p> <p>“Os procedimentos se acessíveis e relativamente eficazes, mas só no Hospital em estudo” (EC5)</p> <p>“Ligeiramente mais eficazes devido à introdução do sistema informático” (EC6)</p> <p>“ Não existem procedimentos de gestão, com excepção das escalas de urgência do pessoal e mesmo essa com critérios discutíveis “ (EC7)</p> <p>“A gestão do serviço é feita basicamente, de acordo com a vontade e autoritarismo do Director(a) de Serviço (que não tem que responder por esse tipo de gestão)” (EC7)</p> <p>“São razoáveis mas não é suficiente” (EC8)</p> <p>“Existem muito poucos, eu diria que são quase nulos. Os que existem, que eu tenha conhecimento, não são elaborados com base em critérios de gestão” (EC9)</p> <p>“Os procedimentos de gestão implementados resumem-se quase exclusivamente em critérios de gestão” (EC10)</p> <p>“Eficazes e organizados”(EC11)</p>

	Impacto	<p>“Redução de custos e relação mais próxima entre serviços farmacêuticos e serviços clínicos.” (EP4)</p> <p>“Penso que a gestão dos consumos e compras estarão “mais apertados”(…)gera um clima de stress entre todos “ (EP8)</p> <p>“A “lei da sobrevivência” das unidades e interesses que me ultrapassam não acredito que sejam de uma boa gestão.” (EP9)</p> <p>“As ferramentas de gestão fornecidas não parecem ter tido grande impacto na modificação estrutural do laboratório” (EP10)</p> <p>“Sim.” (EP1 / EP4)</p> <p>“Têm impacto significativo desde o momento em que nos dão liberdade de os conhecer via Intranet”. (EP2)</p> <p>“Tem sempre um impacto forte na vida das pessoas que trabalham na área porque é uma mudança que esperamos que seja numa consequente eliminação de perdas com uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes” (EP3)</p> <p>“Gerando receitas suficientes para que investimentos em humanização, hotelaria e infra estrutura passem a ser uma constante criando assim uma perfeita identificação com os utentes que procuram os serviços.” (EP3)</p>
--	----------------	---

	<p>Sistema de Gestão</p>	<p>“O Sistema de Informação / Gestão tem um impacto significativo na qualidade dos serviços prestados, uma vez, que faz a gestão de todos os medicamentos que saem da Farmácia.” (EP5)</p> <p>“Penso que sim, é um processo que ficou facilitado saber se existe na farmácia e está disponível e em condições de ser enviado ao doente um determinado medicamento ou produto farmacêutico” (EP6)</p> <p>“Sim. Basta pensarmos no acesso rápido que temos ao medicamento, no controlo rigoroso dos <i>stocks</i> e validades, evitando assim a inutilização dos medicamentos e consequentemente minimizando os custos.” (EP7)</p> <p>“A nível de informação, a actualização dos programas informáticos vieram modernizar “a comunicação hospitalar”, facilitando o acesso a toda a informação do doente, consumos a nível hospitalar” (EP8)</p> <p>“Informação é poder!” Sem informação não haverá boa gestão. Ninguém gosta de dividir poder, como tal não disponibiliza informação“ (EP9)</p> <p>“Todo o processo depende acima de tudo da forma como é passada a informação aos colaboradores, por forma a que entendam o funcionamento do sistema como interagir com ele, incrementando assim a qualidade do serviço” (EC1)</p> <p>“(…) importância dos Sistemas de Gestão e de Informação, estes são cruciais para o bom funcionamento de uma Gestão S.A.” (EC9)</p>
--	---------------------------------	--

		<p>“Deveriam ter, mas não se tem” (EC7)</p> <p>“Sim têm impacto, mas há muito a fazer” (EC8)</p> <p>“Sim, pois permitem a troca de informação entre os profissionais para que possam minimizar as falhas de forma a aumentar a qualidade do serviço” (EC10)</p> <p>“Sim, têm um impacto significativo na qualidade de serviços prestados” (EC11)</p> <p>“ (...) muitos colaboradores não estão familiarizados e são reticentes quanto ao uso de novas tecnologias, nomeadamente na área de Sistemas de Informação. Os métodos de trabalho provavelmente foram os mais afectados” (EC1)</p> <p>“ A falta de domínio das novas tecnologias podem provocar alterações tornando a gestão mais diferente” (EC2)</p> <p>“Não houve impacto, nem parece ter havido nenhum estudo” (EC3)</p> <p>“ Não houve impacto” (EC4 / EC7 / EC10)</p> <p>“Não houve impacto, porque falhou a criação de cultura organizacional” (EC6)</p> <p>“A nível da cultura organizacional não houve impacto e nos Sistemas de Gestão que eu tenha conhecimento ainda não houve alteração” (EC8)</p> <p>“A nível de cultura organizacional ainda não se revelou nada concreto” (EC9)</p>

<p>Competências para o sistema</p>	<p>Avaliação pessoal</p>	<p>“Não” (EP1)</p> <p>“Sim tenho capacidade e competência para me adaptar ao que for necessário” (EP2)</p> <p>“Sim” (EP4)</p> <p>“Acho que sim, no que diz respeito à parte de repor e aviar o pyxis, aviar serviços e consultar o <i>stock</i> existente na farmácia – kárdex.” (EP5)</p> <p>“Sim, apesar de ainda ser recente e continuarmos em período de adaptação já é visível que os Técnicos de Farmácia poderiam ter muito mais autonomia na Farmácia Hospitalar e poderia mesmo reduzir o pessoal a nível de farmacêuticos, se contratassem mais um ou dois Técnicos de Farmácia.” (EP6)</p> <p>“Algumas” (EP7)</p> <p>“Actualmente, considero que estou completamente adaptada aos programas informáticos do meu serviço” (EP8)</p> <p>“Há 20 anos nada estava informatizado no hospital, tive que me actualizar, tirar um ou dois cursos de computadores, pagos por mim, para que me integrasse no actual sistema.” (EP8)</p> <p>“Eu até posso ter as competências mas não me são atribuídas por quem de direito, nada feito. O melhor partido depende sempre dos objectivos profissionais de cada um “ (EP9)</p>
---	---------------------------------	--

	Formação/ Competências	<p>“Não. Nem quero ter. Há a tendência para considerar que todos temos que ser gestores. Como médico que gosta da sua profissão, não quero de modo nenhum ser gestor.” (EP10)</p> <p>“Sim” (EC1)</p> <p>“Não considero que estejam dotados de competências necessárias” (EC2)</p> <p>“A meu ver seriam necessárias mais informações para implementar procedimentos adequados” (EC2)</p> <p>“ É um pouco difícil de averiguar, porque cada um adquire as suas competências por sua autodeterminação dado que, aqui, não há formação” (EC3)</p> <p>“Não. Deveriam fazer formação profissional para acompanhar a evolução tecnológica do sistema implementado” (EC4)</p> <p>“Não” (EC5 / EC6)</p> <p>“Sim. Considero que tenho competências para tal, muito embora e pareça que, no serviço em que estou integrada, esta pergunta não faz muito sentido.” (EP11)</p> <p>“ Não é possível saber isso já que na prática, não existe implementado qualquer Sistema de Gestão digno desse nome” (EC7)</p> <p>“Há serviços que estão vedados a uns e permitidos a outros” (EC8)</p> <p>“ Deveriam estar dotados dessas competências, mas o facto é que também não vejo as chefias preocupadas em organizar equipas para fazerem, no devido tempo, formação adequada” (EC9)</p>
--	-----------------------------------	--

	<p>Aplicação da formação por parte das chefias</p>	<p>“Sim, uma vez que a inexistência dessas competências necessárias colocariam em risco a actividade profissional. (EC10)</p> <p>“Sim os profissionais de Saúde então preparados para tirar o melhor partido dos Sistemas de Informação visto que estão formados para isso” (EC11)</p> <p>“ Sim ou caso contrário, não estaríamos familiarizados, confortáveis com o sistema” (EC1)</p> <p>“No serviço em que trabalho essa preocupação existe só para alguns, pois a oportunidade quando surge não é para todos é para que funcione apenas por simpatia” (EC2)</p> <p>“Até ao momento, não tem sido a prioridade” (EC3)</p> <p>“ Sim, os profissionais por vezes não se encontram motivados para alterarem os procedimentos enraizados e resistem à mudança” (EC4)</p> <p>“ Se não é, deveria ser” (EC5)</p> <p>“Creio que não desta nem das restantes” (EC6)</p> <p>“Não” (EC7)</p> <p>“Não parece ser a preocupação destas porque temos colegas que não sabem fazer um pedido online”(EC8)</p> <p>“Não se tem revelado até ao momento” (EC9)</p> <p>“ Sim, embora alguns profissionais sejam preteridos em relação a outros” (EC10)</p> <p>“Sim” (EC11)</p>
--	---	---

	Reacção dos profissionais de Saúde	<p>“O que é necessário é que médicos (...) sejam enquadrados por gestores competentes e ambos fazem uma linguagem mutuamente compreensível” (EP8)</p> <p>“(…) A gestão deve ser deixada aos gestores e a clínica aos clínicos, sem prejuízo de vocações pessoais que devem ser estimuladas e dotadas da necessária formação complementar.” (EP8)</p>
Acções de formação de sistema de gestão	Frequência	<p>“Não” (EP1 / EP2 / EP4 / EP6 / EP7 / EP10 / EP11)</p> <p>“Lamento não ter nenhuma formação sobre o Sistema da Gestão.” (EP3)</p> <p>“Frequentei um curso de formação nas Estel’s sob o tema “Administração e Gestão em Saúde”, no ano de 2005.” (EP8)</p> <p>“Na verdade não, ou seja, tivemos uma explicação de meia hora de como funciona o sistema.” (EP5)</p> <p>“Sim, sobre novo modelo de gestão hospitalar” (EP5)</p>
	Sugestões	<p>“Vários factores poderiam ser melhorados: acessibilidade do doente ao hospital; diminuição do tempo de marcação de consulta; diminuição do tempo de marcação de cirurgias; maior disponibilidade do médico para com o doente.” (EP8)</p> <p>“Assim sendo, um aspecto fundamental para que hajam melhorias nesta área é incentivar, é mostrar aos profissionais a importância que esta área tem, e que a participação de todos é importante.” (EP11)</p>

<p>Nível de aceitação da inovação no sistema</p>	<p>Profissionais de Saúde</p>	<p>“Boa aceitação desde que devidamente informados. O processo de mudança deve fazer-se sempre com e pelas pessoas.” (EP1)</p> <p>“Aceito e colaboro, eles são parte do processo de mudança.” (EP2)</p> <p>“Na minha opinião penso que a aceitação dos profissionais tem sido boa e que cada tem estado a dar o seu contributo empenhando no trabalho da inovação do sistema para que haja progresso e um bom funcionamento da nova gestão.” (EP3)</p> <p>“Acho que bom, pois todos fazemos parte deste inovador processo se bem que se perdeu alguma qualidade de prestação de serviço.” (EP4)</p> <p>“Os profissionais de Saúde no início não aceitavam muito bem o novo Sistema de Informação / Gestão por não estarem habituados mas agora tenho a certeza que estão satisfeitos.” (EP5)</p> <p>“Eles são parte do processo de mudança, uma vez que colaboram com a Farmácia, aceitando o novo método de Sistema de Informação.” (EP5)</p> <p>“Parece-me que há um elevado nível de aceitação porque os Técnicos de Farmácia estão sempre disponíveis para dar o seu contributo para um bom resultado e o bom funcionamento da Farmácia Hospitalar.” (EP6)</p> <p>“Sem dúvida todos somos parte deste processo e com mais autonomia com certeza os Técnicos de Farmácia seriam também agentes de mudança.” (EP6)</p> <p>“É positiva. Como profissionais que somos fazemos parte do processo de mudança, adaptamo-nos às novas tecnologias, pois o factor essencial num processo de mudança é o “Homem”.” (EP7)</p> <p>“Quanto a outros profissionais envolvidos neste processo a aceitação não foi das melhores, pois estavam em causa hábitos e conceitos dos antigos sistemas de distribuição. Concereteza que também fazem parte do processo de mudança, colaborando com a Farmácia e</p>
---	--------------------------------------	--

		<p>aceitando os novos métodos de informação e gestão” (EP7)</p> <p>“Tendo em conta que os hospitais têm profissionais de todas as categorias e níveis de idade é claro que uma pessoa mais velha não terá a capacidade de adaptação a “novas situações” que uma mais jovem...embora ache que a sua personalidade tem também muito a ver com a adaptabilidade!” (EP8)</p> <p>“Por vezes, é uma questão de tempo! Acho também que cada vez mais alteram a idade da reforma para mais tarde mas querem reformar as pessoas mais cedo...será isto a “mobilidade”?” (EP8)</p> <p>“Eles serão sempre a peça mais importante da instituição, só com eles será possível mudar qualquer sistema. Têm, contudo, de acreditar e confiar na instituição e no serviço onde desempenham funções.” (EP9)</p> <p>“Na sua esmagadora maioria os profissionais de Saúde estão completamente alheados das inovações nos Sistemas de Informação ou de Gestão, encarando-os apenas como um conjunto de medidas de cariz economicista que tentam levar a um controlo puramente orçamental.” (EP10)</p> <p>“Não só são parte do processo de mudança como começa neles o processo de mudança. Assim haja gestores capazes de os motivar e conquistar para novos desafios.” (EP10)</p> <p>“Na minha opinião, a aceitação dos profissionais de Saúde de inovações nos Sistemas de Informação e Gestão, só não é maior porque, muitas vezes, eles são deixados à margem destes processos / sistemas” (EP11)</p> <p>“de forma alguma, acontecer, uma vez que os profissionais de Saúde são parte integrante deste processo de mudança!” (EP11)</p> <p>“Intimamente ligada ao processo de percepção de como os colaboradores interagem como o sistema, está a questão da melhoria.” (EC1)</p>
--	--	--

	<p>Posição das chefias perante o sistema</p>	<p>“Os colaboradores são a principal fonte para identificação das medidas a tomar. E sim, em termos hierárquicos e de competências, as chefias deveriam ter essa preocupação” (EC1)</p> <p>“Nem sempre as chefias demonstram preocupação nesse sentido por falta de verba” (EC2)</p> <p>“Talvez venha a ser” (EC3)</p> <p>“Sim, esse foi o motivo pelo qual tanto se lutou pela gestão S.A” (EC4)</p> <p>“Sim” (EC5)</p> <p>“Sim. Mas só a nível informático não é suficiente” (EC6)</p> <p>“Não” (EC7)</p> <p>“Não se revela ter sido a principal preocupação” (EC8)</p> <p>“ Não demonstra ter sido” (EC9)</p> <p>“Sim embora nem sempre possível devido à falta de verbas” (EC10)</p> <p>“ De certo modo deveria ser, mas infelizmente isto nem sempre acontece devido a limitações do departamento de formação complementar profissional” (EC11)</p>
	<p>Condicionantes</p>	<p>“Isto é, que o doente tenha acesso ao medicamento quando precisa dele e que o mesmo se encontre em condições de ser utilizado, isto é, se está dentro do prazo de validade.” (EP11)</p>
	<p>Positivo</p>	<p>“Registo a noção de que os números da gestão são tratados e analisados. A tentativa de racionalização dos recursos. A dotação com ferramentas de gestão (software).” (EP10)</p> <p>“Não cabe neste espaço a indicação de medidas concretas mas alguns princípios básicos</p>

		<p>são fundamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O primado da competência sobre a “carreira”; - A discussão de objectivos (balizada no tempo) e das tomadas de decisão a fim de atingir os objectivos definidos; - A avaliação de todos os intervenientes nos processos de gestão / decisão; - A criação de um fórum interprofissional de discussão / acompanhamento com os correspondentes mecanismos de comunicação / informação.” (EC10)
<p>Sugestões de medidas a implementar na área da Gestão / Comunicação</p>	<p>Avaliação do serviço</p>	<p>“Periodicamente, poder-se-ia proceder a processos de avaliação (no formato de questionário, por exemplo) para medir o desempenho dos profissionais.” (EC1)</p> <p>“Formação na área para o desenvolvimento profissional, avaliação periódica de satisfação dos utentes, avaliação contínua dos prestadores e colaboradores afim de se verificar quais as alterações que eventualmente se assumem fazer para melhorar os serviços, apresentação dos problemas para todos em conjunto minimizarem-nos tentando solucioná-los” (EC2)</p> <p>“Alargar o sistema informático colocando processo único electrónico, dando formação aos profissionais e possibilidades dos mesmos aos registos para aplicar estatísticas” (EC5)</p> <p>“Formar equipas para fazer formação nas áreas mais adequadas. Com vínculo à instituição” (EC6)</p> <p>“Maior envolvimento dos profissionais nos resultados (e consequências) do seu trabalho e produtividade“ (EC7)</p> <p>“Estabelecimento de objectivos individuais verdadeiros e mensuráveis (e não o “folclore” que se tem verificado)” (EC7)</p> <p>“Acho que se devia dar mais formação, auscultar as necessidades individuais face às novas tecnologias, maior envolvimento dos profissionais” (EC8)</p> <p>“A utilização de instrumentos correctos de avaliação do desempenho dos profissionais de</p>

	<p>Reuniões</p>	<p>Saúde e não tão preocupada avaliação de desempenho que beneficiam apenas alguns, tendo em conta os parâmetros” (EC10)</p> <p>“Seria interessante também, tomar o pulso dos profissionais (por exemplo com reuniões) e perceber o que melhorar / alterar.” (EC1)</p> <p>“O estabelecimento de objectivos, reuniões regulares a fim de partilhar informação, cursos de desenvolvimento pessoal e profissional, fazer inquéritos de satisfação aos utentes de maneira a melhorar a qualidade do serviço prestado” (EC11)</p>
	<p>Comunicação</p>	<p>“Melhor comunicação. Estabelecimento de metas, resultados. Estabelecimento de objectivos” (EC3)</p> <p>“Medidas na área da comunicação, formação e sistemas de incentivos” (EC4)</p> <p>“Definição de objectivos conjuntos. Maior envolvimento das chefias e dos profissionais. Mais canais de comunicação” (EC9)</p>