Universidade Católica Portuguesa
Faculdade de Engenharia

Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão

Aplicação no Contexto do Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Patrícia de Castilho Bacelar Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica

Júri

Prof. Doutor Manuel Barata Marques
Prof. Doutor Luís Martins
Prof. Doutor Rui Assis (Orientador)

Março de 2013

Universidade Católica Portuguesa
Faculdade de Engenharia

Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão

Aplicação no Contexto do Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Patrícia de Castilho Bacelar Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica

Prof. Doutor Rui Assis (Orientador)
Doutora Ana Isabel Santos (Co-orientadora)

Agradecimentos

Esta página é dedicada a todos que de uma forma directa ou indirecta deram o seu contributo para a realização desta dissertação e aos quais não poderia deixar de dedicar algumas palavras de apreço:

Ao Professor Rui Assis, meu orientador, pela disponibilidade, pelas palavras de encorajamento, pelas sugestões e conselhos, pela confiança e por toda a dedicação ao longo da realização desta dissertação.

Á Doutora Ana Isabel Santos, minha co-orientadora, pela oportunidade e dedicação na realização deste projecto, pela disponibilidade, pelos conselhos e sugestões, que em muito enriqueceram esta dissertação.

A todos os profissionais do Serviço de Medicina Nuclear, pelo carinho com que me receberam fazendo com que em pouco tempo me sentisse parte integrante do grupo, e pela colaboração e dedicação de todos para a realização deste projecto.

À Professora Ana Pascoal, pela lembrança de me referenciar para este projecto.

Ao Professor Rui Pires, pela dedicação e disponibilidade extrema ao longo de todo o meu percurso académico.

Ao Ricardo Cunha, Responsável pela Biblioteca João Paulo II – Pólo de Sintra, pela preciosa contribuição na recolha de artigos científicos.

Aos meus colegas de Faculdade, especialmente de turma, pelo apoio, pelo companheirismo, pelas vitórias em equipa e pela ajuda na superação dos momentos difíceis.

À minha família e amigos, simplesmente, por estarem sempre presentes.

Aos meus pais, por tudo.

Resumo

O sector da saúde consome muito recurso público. Por esta razão, urge implementar, nas entidades prestadoras de cuidados de saúde, modelos de gestão, centralizados no utente e orientados para resultados, garantindo a sustentabilidade das mesmas.

O objectivo da presente dissertação é conceber e implementar um sistema de avaliação do desempenho da gestão para o Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.. Este sistema de avaliação integra três metodologias distintas: o *Balanced Scorecard*, o *Analitycal Hierarchy Process* e o *Metric-Merit Conversion*.

A sua implementação pretende garantir o alinhamento dos objectivos do Serviço de Medicina Nuclear com os objectivos estratégicos do Hospital, promover a transparência dos resultados, influenciar o comportamento dos profissionais na prossecução dos objectivos, facilitar a comunicação dentro do Serviço e deste com a envolvente e, apoiar o processo de tomada de decisão.

A concepção pressupõe o conhecimento dos processos internos, a recolha de informação e a definição de uma hierarquia de objectivos e indicadores associados. O sistema de avaliação do desempenho foi desenhado em EXCEL e é composto por cinco folhas: uma folha de inserção do valor de métricas, uma hierarquia de objectivos, a ponderação de cada objectivo, as curvas de mérito – métrica e a análise de sensibilidade.

A implementação deste sistema demonstra a adequabilidade de ferramentas de gestão empresarial a serviços de saúde públicos, contribuindo para melhorar o processo de gestão pois, fornece informação objectiva e real do desempenho actual e orientação sobre como atingir os objectivos pretendidos.

Palavras-Chave: *Balanced Scorecard*, *Analitycal Hierarchy Process*, *Metric-Merit Conversion*, Avaliação do Desempenho, Serviço de Medicina Nuclear

Abstract

The health sector consumes very public resource. For this reason, it is urgent implement, on health care providers, management systems, user-centered and results-oriented, ensuring it sustainability.

The main objective of this dissertation is to design and implement a system for assessment the performance of management for the Nuclear Medicine Service at Hospital Garcia de Orta, E.P.E.. This assessment system integrates three different methodologies: the Balanced Scorecard, the Analitycal Hierarchy Process and Merit-Metric Conversion.

The implementation of this system aims to ensure alignment of the objectives of the Nuclear Medicine Service with the strategic objectives of the Hospital, to promote transparency of the results, influence the behaviour of professionals in the pursuit of goals, facilitate communication within the Service and with this environment and support the process of decision making.

The design requires knowledge of internal processes, gathering information and defining a hierarchy of objectives and associated indicators. The performance assessment system was designed in EXCEL and consists of five sheets: one sheet insertion of the value of metrics, a hierarchy of objectives, the weighting of each objective, the curves of merit - metric and sensitivity analysis.

The implementation of this system demonstrates the suitability of enterprise management tools to public health services, helping improve the management process therefore provides objective and real information about actual performance and guidance on how achieve the stated objectives.

Key words: Balanced Scorecard, Analitycal Hierarchy Process, Metric-Merit Conversion, Performance Assessment, Nuclear Medicine Service

Índice Geral

Agradecimentos II
Resumo III
Abstract IV
Índice Geral V
Índice Figuras VII
Lista de Abreviaturas IX
Introdução 2
1.Fundamentos Teóricos: Metodologias de Apoio à Gestão
1.1. O *Balance Scorecard* – Não se pode gerir o que não se pode medir 5
1.1.1. As quatro perspectivas do *Balanced Scorecard* 8
1.1.1.1. Perspectiva Cliente: De que forma somos vistos pelos nossos clientes? 9
1.1.1.2. Perspectiva Processos Internos: Em que é que nos devemos destacar? 11
1.1.1.3. Perspectiva Aprendizagem e Inovação: Podemos continuar a melhorar e a criar valor? 12
1.1.1.4. Perspectiva Financeira: De que forma devemos ser vistos pelos accionistas? 13
1.1.2. Aplicação do BSC ao sector da saúde 14
1.1.2.1. Exemplo de aplicação do BSC a um hospital público Português 15
1.2. *Analytical Hierarchy Process* 19
1.2.1. Etapas para a elaboração de AHP
1.2.1.1. Definição do problema decisional 21
1.2.1.2. Estrutura hierárquica da decisão 21
1.2.1.3. Comparação dois a dois 22
1.2.1.4. Determinação da coerência dos julgamentos 24
1.2.2. Aplicação do AHP ao sector da saúde 24
1.2.2.1. Exemplo de aplicação do AHP no sector da saúde 25
1.3. *Metric-Merit Conversion* 28
2. Serviço Nacional de Saúde e Organizações Hospitalares 31
2.1. Perspectiva histórica do Serviço Nacional de Saúde 31
2.2. Sistema de Saúde Português 34
2.3. Empresarialização Hospitalar 36
2.4. Organização Hospitalar 40
2.4.1. Rede de Referenciação Hospitalar 43

3. Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão 45
3.1. Sistemas de Gestão 45
3.2. Avaliação dos Sistemas de Gestão 46
3.3. Mapeamento de Processos 48
3.4. Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão nas Organizações Hospitalares 50
4. Caracterização do Sistema em estudo 55
4.1. Hospital Garcia de Orta, E.P.E. 55
4.2. Serviço de Medicina Nuclear 60
4.2.1. Organização do Serviço de Medicina Nuclear 64
5. Metodologia de Aplicação do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão ao Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. 69
5.1. Etapas para a implementação do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão 70
6. Considerações Finais 96
7. Perspectivas Futuras 100
8. Bibliografia 101
Anexo I 104
Anexo II 107
Anexo III 108

Índice Figuras

Figura 1 – Esquema teórico do BSC: as quatro perspectivas do BSC 6
Figura 2 – Ilustração da relação causa-efeito na perspectiva clientes do BSC 11
Figura 3 – Cadeia de valor genérica 12
Figura 4 – BSC aplicado aos doentes com patologia respiratória do Serviço 1 17
Figura 5 – Ilustração exemplificativa de uma estrutura hierárquica de decisão 22
Figura 6 – Escala de classificação numérica 23
Figura 7 – Exemplo de Matriz de Preferências de Critérios 23
Figura 8 - Estrutura hierárquica representativa do problema decisional: melhor tratamento para inflamação da garganta em pacientes adultos 26
Figura 9 - Ilustração de um cenário de relação métrica-mérito crescente 29
Figura 10 – Ilustração de um cenário de relação métrica-mérito decrescente 29
Figura 11 – Organograma do SNS 34
Figura 12 – Organograma do Ministério da Saúde 42
Figura 13 – Ciclo de *Deming* 47
Figura 14 – Caracterização de um processo 49
Figura 15 – Gráfico evolutivo demonstrativo da produção clínica do SMN 61
Figura 16 – Fluxograma representativo do circuito genérico do doente na realização de actos clínicos no SMN 62
Figura 17 – Mapa da Estratégia do SMN 72
Figura 18 – Estrutura hierárquica de objectivos definidos para o SMN 76
Figura 19 – Exemplo da descrição dos indicadores associados aos objectivos operacionais estabelecidos para o SMN 83
Figura 20 – Folha “Hierarquia” do SADG do SMN 85
Figura 21 – Escala de preferências utilizada na comparação dois a dois dos objectivos do SMN 86
Figura 22 – Exemplo de comparação dois a dois dos objectivos de nível I e II 87
Figura 23 – Folha “Lista de métricas” do SADG do SMN 89
Figura 24 – Curva de mérito – métrica representativa de um objectivo do tipo “quanto + melhor” 90
Figura 25 – Curva de mérito – métrica representativa de um objectivo do tipo “quanto – melhor” 91
Figura 26 – Folha “Sensibilidade” do SADG do SMN 92
Figura 27 – Folha “Auxiliar” do SADG do SMN 93

Figura 28 – Análise de Pareto dos objectivos que integram o SADG do SMN 94

Lista de Abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administrações Regionais de Saúde
AHP	*Analytical Hierarchy Process* (ou MHM)
BSC	*Balanced Scorecard*
CR	Centros de Responsabilidade
DSPP	Departamento de Saúde Pública e Planeamento
EPE	Entidade Pública Empresarial
EPCS	Estabelecimento Prestador de Cuidados de Saúde
HGO	Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
MHM	Método Hierárquico Multicritério (ou AHP)
MMC	*Metric-Merit Conversion*
RRH	Rede de Referenciação Hospitalar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SMN	Serviço de Medicina Nuclear
SADG	Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão

Introdução

Historicamente, o sector da saúde vem sendo apontado como o maior consumidor de recurso financeiro público. O desafio das entidades prestadoras de cuidados de saúde (EPCS) é, assim, munirem-se de iniciativas inovadoras que garantam a sustentabilidade das organizações, a eficiência na gestão dos processos e a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, suavizando os efeitos nefastos provocados pela actual imposição de racionamento da estrutura, dos processos e da despesa com recursos materiais e humanos.

A tendência crescente das organizações de saúde é implementarem mecanismos que permitam obter informação simples, consolidada e atempada, de modo a monitorizar e a potenciar o desempenho dos seus serviços e processos, permitindo antecipar tendências, promover acções preventivas e medir, simultaneamente, processos e pessoas. Nesta perspectiva será possível premiar não apenas os eficazes mas sobretudo, os que sendo eficazes são, simultaneamente, eficientes. Implementar metodologias de apoio à decisão que permitam consolidar a informação de gestão, garantindo a obtenção de resultados de excelência, permitirão não só elevar padrões de qualidade e satisfação, bem como, contribuir para a sustentabilidade das organizações de saúde pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde (SNS).
Imbuídos na crise mundial que atravessamos, urge a necessidade de profissionalizar a gestão das EPCS, levando os gestores a encontrar metodologias ou modelos que ofereçam transparência e credibilidade da sua gestão. Neste cenário, os profissionais nas organizações devem concentrar forças e focar-se no que é verdadeiramente essencial para o desempenho das organizações não só a curto, mas também a médio e longo prazo. O carácter singular das EPCS e, principalmente, das organizações públicas, faz com que a implementação de Sistemas de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG), seja um grande desafio, não só pela quantidade avassaladora de informação e serviços que estas organizações possuem mas, principalmente, pela vulnerabilidade actual do Sistema de Saúde Português.

A Tese de Mestrado desenvolvida insere-se no âmbito da disciplina de Projecto Final e Tese II para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia Biomédica e nasce do desafio de transpor para o contexto de instituições hospitalares públicas metodologias de avaliação do desempenho da gestão, as quais permitirão obter uma visão clara e objectiva das suas rotinas, dos seus processos, resultando no mérito global, suportado por critérios de

excelência, ao nível da satisfação dos clientes e demais envolvidos nos processos, da eficiência destes últimos e da qualidade dos serviços prestados.

O objectivo principal desta dissertação consiste no desenho e implementação de um SADG aplicado ao Serviço de Medicina Nuclear (SMN) do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO). Esta dissertação descreve a aplicação prática da Monografia intitulada " Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão – Aplicação no Contexto de Instituições Hospitalares Públicas", a qual constituí a base teórica desta dissertação, sendo por isso replicada na primeira parte deste documento.

A inovação pretendida com a implementação do modelo de Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG) consiste na integração de três metodologias de apoio à decisão, o *Balanced Scorecard*, o *Analitycal Hierarchy Process* e o *Metric-Merit Conversion*, respeitando dois grandes princípios:

1- O alinhamento de todos os objectivos tácticos e operacionais do SMN, com a estratégia global do HGO;
2- Influenciar o comportamento de toda a equipa pertencente ao SMN, no sentido da prossecução contínua dos objectivos estabelecidos.

A dissertação elaborada encontra-se dividida em duas partes principais: uma primeira parte mais descritiva, onde se encontra o enquadramento teórico sobre as metodologias de suporte ao desenho de um SADG, a vantagem da aplicação do mesmo e a caracterização do SNS, na segunda parte, mais prática, onde se procura transcrever o processo de arquitectura e implementação de um SADG ao SMN do HGO.

No capítulo 1, encontra-se o enquadramento teórico das três metodologias, o *Balanced Scorecard*, o *Analitycal Hierarchy Process* e o *Metric-Merit Conversion*, de suporte ao desenho e implementação de um SADG, seguindo-se, no capítulo seguinte, a perspectiva histórica do SNS constituindo a base para o conhecimento do actual modelo de gestão das organizações hospitalares públicas Portuguesas, permitindo enquadrar o SADG na realidade singular destas organizações. No capítulo 3, encontra-se a contextualização, a importância e o impacto da implementação do mesmo, nomeadamente às EPCS.

A segunda parte desta dissertação inicia-se com a descrição do objecto de estudo – o SMN inserido no HGO.

O primeiro passo do sucesso de implementação de um SADG é, sem sombra de dúvida, conhecer profundamente os processos, as rotinas do sistema em estudo. Daí a necessidade de caracterizar em detalhe o objecto de estudo, permitindo o conhecimento sobre os processos internos e as suas especificidades. Depois da caracterização do objecto de estudo, segue-se a descrição da metodologia adoptada para a implementação do SADG, procurando relatar as diferentes fases do processo, transmitindo os objectivos a alcançar em cada fase, as dificuldades encontradas os retrocessos e os sucessos. É com base na análise destes pontos críticos que se apresenta a conclusão desta dissertação, procurando evidenciar as alterações/melhorias que a implementação desta ferramenta despoletou ou, no limite, despoletará no SMN do HGO.

1. Fundamentos Teóricos: Metodologias de Apoio à Gestão

1.1. O *Balanced Scorecard* – Não se pode gerir o que não se pode medir

Actualmente, as organizações devem adoptar uma postura constantemente pró-activa, concentradas no seu objectivo último – o sucesso, face à actual envolvente contextual, extremamente competitiva, na qual a procura pela melhoria contínua se torna essencial. A complexidade de gerir uma organização impõe a necessidade de se criarem mecanismos que permitam obter informação simples, consolidada e atempada, antecipando tendências de modo a permitir acções preventivas, permitindo às organizações, potenciar o desempenho dos seus serviços e processos para a satisfação sustentada dos seus clientes e comunidade como um todo.

A metodologia *Balanced Scorecard* (BSC) assenta na ideia chave de que as organizações que pretendem o sucesso têm de criar vantagens competitivas e diferenciadoras, explorando os seus bens intangíveis de modo a garantir a sustentabilidade da organização a longo prazo e o crescimento futuro.[1]

O BSC foi proposto pela primeira vez em 1992, após um ano de estudo em doze organizações de vanguarda, conduzido por Kaplan e Norton[2]. O BSC foi desenvolvido face à necessidade, sentida pelos gestores de topo, de reunir num único documento um conjunto de medidas que forneçam à Alta Direcção das Organizações uma visão rápida, completa e global das várias áreas interactuantes da organização[1], tal qual uma fotografia onde é possível visualizar o desempenho actual, bem como, os motores que ajudarão ao alcance do desempenho futuro[3].

A metodologia BSC permite identificar e estabelecer objectivos específicos mensuráveis, os quais traduzem a estratégia da organização, definir modelos de avaliação e medição do desempenho das organizações e influenciar o comportamento de todos os colaboradores no alcance desses mesmos objectivos. O BSC pretende completar a gestão tradicional, com uma perspectiva puramente financeira, pela inclusão de três perspectivas adicionais: clientes, processos internos e aprendizagem e inovação[1], salientando a importância da análise simultânea de informação financeira e não financeira para o alcance da rentabilidade das organizações.

As quatro perspectivas que sustentam o BSC devem possibilitar a resposta a quatro questões fundamentais[2]:

- Perspectiva do Cliente: De que forma somos vistos pelos clientes?
- Perspectiva dos Processos Internos: Em que é que nos devemos destacar?
- Perspectiva da Aprendizagem e Inovação: Podemos continuar a melhorar e a criar valor?
- Perspectiva Financeira: De que forma devemos ser vistos pelos accionistas?

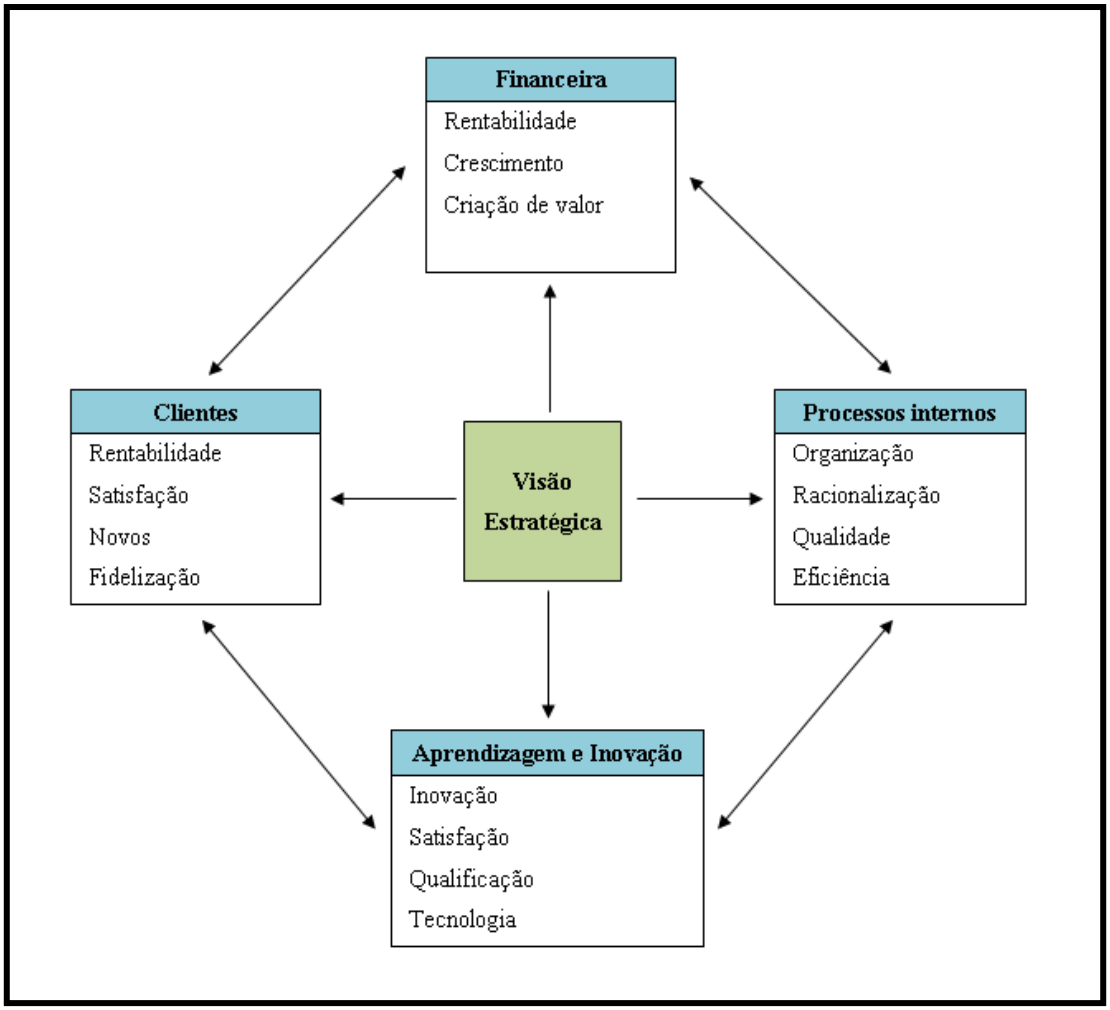


Figura1 – Esquema teórico do BSC: as quatro perspectivas do BSC.[1,4]

Com recurso às perspectivas do BSC, o que procuramos são objectivos estratégicos, os quais devemos prosseguir na perspectiva dos processos internos e aprendizagem e inovação, para poder melhorar o desempenho interno da organização.

Da elaboração de um BSC deverá resultar um mapa de estratégia, onde se evidencia a relação causa-efeito entre os objectivos estratégicos e os factores críticos de sucesso (indicadores) em cada uma das perspectivas. Os objectivos estratégicos podem ser

definidos como os vectores orientadores das acções, enquanto os indicadores (medidas) monitorizam o ritmo da transformação empreendida para alcançar a meta, o desafio concreto do desempenho pretendido.
Kaplan e Norton afirmam mesmo, no seu artigo *"Linking the Balanced Scorecard to Strategy"* que a construção do mapa estratégico do BSC deve derivar unicamente da estratégia das unidades de negócio, traduzindo a visão e estratégia da organização em indicadores de desempenho.

Numa qualquer organização, existem funções de extrema importância que realizam actividades cruciais para o sucesso da organização e para o posicionamento nos diversos mercados em que actuam. São estes factores críticos que os gestores devem considerar e medir num BSC.
A ideia por detrás do BSC é bastante directa: o que obtemos é o que medimos. O que medimos será o que considerarmos crucial para que a organização alcance as suas metas estratégicas. É fundamental concentrarmo-nos apenas no que é relevante medir e objectivar essa informação, para minimizar o tempo para a tomada de decisão.
Pela integração, no BSC, de indicadores financeiros (traduzem o resultado de acções e tomada de decisão) e de indicadores não financeiros (clientes, processos internos e aprendizagem e inovação), alinhados com a visão e missão da organização, é possível traduzir a estratégia em resultados de acções realizadas, complementados com os motores do desempenho futuro.
A escolha dos indicadores estratégicos, nas quatro perspectivas, deve ser bastante objectiva e fundamentada, traduzindo de forma adequada a imagem real do desempenho da organização. É esta escolha, entre o que medir e o que não medir, que irá traduzir a estratégia da organização e das unidades de negócio.

Uma organização que deseje ter sucesso no mundo actual, altamente competitivo, tem de ser pró-activa, focada no futuro, alinhando a sua estratégia de longo prazo, os resultados que pretende alcançar com as suas acções de curto prazo, definindo onde quer chegar (metas) e como lá chegar (plano de estratégia). A este percurso, entre a realidade da organização actual e as expectativas para a organização do futuro, denominamos de estratégia da organização. Para que este percurso seja concluído com o máximo de sucesso é necessário que os gestores elaborem um mapa de estratégia, claro e consistente, permitindo que os objectivos e metas possam ser estabelecidos e geridos.

A abordagem BSC pretende "romper" com os tradicionais sistemas de gestão encarando a gestão de uma forma preventiva ao invés da forma correctiva, promovendo, deste modo, a rapidez do redimensionamento e flexibilização de todo o fluxo dos processos de uma organização. Esta postura de "organização" conduz a uma melhor racionalização de custos e à prática da melhoria contínua do desempenho.

A utilização do BSC para avaliar o desempenho e (re)definir a estratégia, traz inúmeras vantagens. Muitas dessas vantagens foram sendo identificadas à medida que apresentámos esta ferramenta, no entanto, vamos destacar as que consideramos mais importantes:

- Ferramenta única que auxilia a informação, comunicação e aprendizagem;
- Clarifica e articula a estratégia empresarial (impõe que seja traduzida em objectivos tácticos);
- Alinha a organização e as respectivas unidades de negócio com a estratégia empresarial;
- Permite complementar os indicadores de desempenho do passado com os motores (indicadores conducentes) do desempenho futuro;
- Permite testar a estratégia periodicamente (permite melhorar e readaptar a estratégia);
- Fomenta a participação de todo o pessoal envolvido na organização, de modo a que contribuam para o alcance do sucesso organizacional (factor motivador);
- Permite a tomada de decisão célere (mapa estratégico objectivo e fundamentado, impedindo o excesso de informação).

A necessidade de implementar uma estratégia que permita consolidar a informação de gestão das organizações, torna-se cada dia mais essencial para que se obtenham resultados de excelência, permitindo não só elevar os padrões de qualidade dos serviços mas também aumentar o nível de motivação de todo o pessoal envolvido nos processos. Torna-se assim de extrema importância definir objectivos, ajustar os meios necessários para alcançar esses mesmos objectivos e comunicá-los de forma clara a todos os colaboradores, premiando a eficiência.

1.1.1. As quatro perspectivas do *Balanced Scorecard*

De acordo com o referido anteriormente, o BSC fornece, à gestão de topo, informação de quatro perspectivas diferentes, as quais permitem uma visão geral do negócio e ao mesmo

tempo clarificam a ponte de ligação e dependência entre elas para o alcance de uma estratégia integrada.

É importante salientar no BSC o benefício da introdução das três perspectivas adicionais à financeira (clientes, processos internos e aprendizagem e inovação) para o alcance dos resultados de excelência de uma organização. Basta-nos pensar que o bom desempenho financeiro é alcançado se os clientes estiverem satisfeitos, os clientes procuram os nossos produtos/serviços se lhes proporcionam valor, o que depende da optimização e excelência do desempenho dos nossos processos internos que, por sua vez, serão tanto mais excelentes quanto mais motivado e preparado todo o pessoal envolvido estiver, motivação e preparação que se obtêm por aprendizagem e incentivos (relação causa – efeito dos factores críticos de sucesso).

As quatro perspectivas do BSC permitem construir um equilíbrio entre os objectivos de curto e longo prazo[3], financeiros e não-financeiros e entre os indicadores internos e externos[4], incentivando o alcance de metas futuras.

1.1.1.1. Perspectiva Clientes: De que forma somos vistos pelos nossos clientes?

O modo como os clientes vêem as organizações tem-se tornado o foco das prioridades da gestão de topo.[2] Os clientes actuais tornaram-se exigentes face à grande oferta que o mercado dispõe. Surge uma necessidade imperiosa de traduzir, de modo concreto e específico, o que realmente proporciona valor acrescentado para o cliente[2], o que o cliente necessita ou, simplesmente, o que pretende da organização.

Existem diferentes tipos de clientes, bem como, diferentes tipos de necessidades ou, até mesmo, diferentes conceitos de valorização de um serviço/produto. A tendência das necessidades/exigências dos diferentes clientes são, em regra, de quatro tipos: tempo, qualidade, desempenho e custo[2]. E a tendência da maioria das organizações é tentar agradar a todos, tentar satisfazer todas as diferentes necessidades dos diferentes clientes, mas tal como na vida prática, não é humanamente possível "agradar a gregos e a troianos". As organizações com uma estratégia, devem começar por definir concretamente o seu público-alvo, quais os clientes que pretendem satisfazer e depois, então, elaborar concretamente, medidas estratégicas que traduzam as necessidades dos seus clientes, criando valor acrescentado e elementos diferenciadores que desencadeiem a escolha dos seus produtos/serviços e satisfaçam quem os adquire/procura de modo a obterem retorno financeiro.

Os clientes que valorizam o tempo pretendem que o prazo para um novo produto ficar disponível seja curto, ou, no caso de produtos já existentes, o tempo que decorre entre o acto da encomenda e a sua entrega seja, igualmente, curto.[2]

Clientes que valorizam a qualidade esperam obter o máximo de satisfação com os produtos/serviços adquiridos. O nível de satisfação percepcionada pelos clientes pode ser a precisão do cumprimento do prazo prometido para a entrega ou o nível de defeitos do produto/serviço.[2]

Finalmente, quando as organizações procuram satisfazer clientes que valorizam o custo, devem ter em conta que todos os custos inerentes à produção, comercialização e aquisição do produto/serviço, sejam internos ou externos, se reflectem no preço final pago pelo cliente. Para que uma organização consiga praticar um preço baixo, necessita de optimizar a capacidade de produção, rentabilizar ao máximo os seus recursos, reduzir as não-conformidades do produto/serviço e ser eficaz no cumprimento dos prazos de entrega.[2]

O BSC obriga as organizações a olharem-se através dos olhos dos clientes, para que consigam definir objectivos que traduzam medidas estratégicas, interligando estes 4 pontos de diferentes necessidades.[2]

Existem vários indicadores genéricos para avaliar os bons resultados na perspectiva do cliente, tais como, a satisfação de clientes, a aquisição de novos clientes, a rentabilidade dos clientes, a retenção de clientes e a quota de mercado, os quais devem ser personalizados após a definição do público-alvo e segmento de mercado que a organização procura atrair e satisfazer.[3] Para que estes indicadores se possam traduzir em medidas de valor para qualquer organização, independentemente da sua área de actividade ou do cariz lucrativo, devem ser agrupados segundo três conjuntos de atributos: produto/serviço, relação com cliente e imagem/reputação[3], todos capazes de traduzir os objectivos que se pretendem atingir.

Uma organização que pretenda diferenciar-se, que pretenda criar uma vantagem sustentável, deve colocar no centro do seu plano estratégico o cliente, delineando uma estratégia única para alcançar o retorno financeiro desejado, contribuindo para o sucesso organizacional.

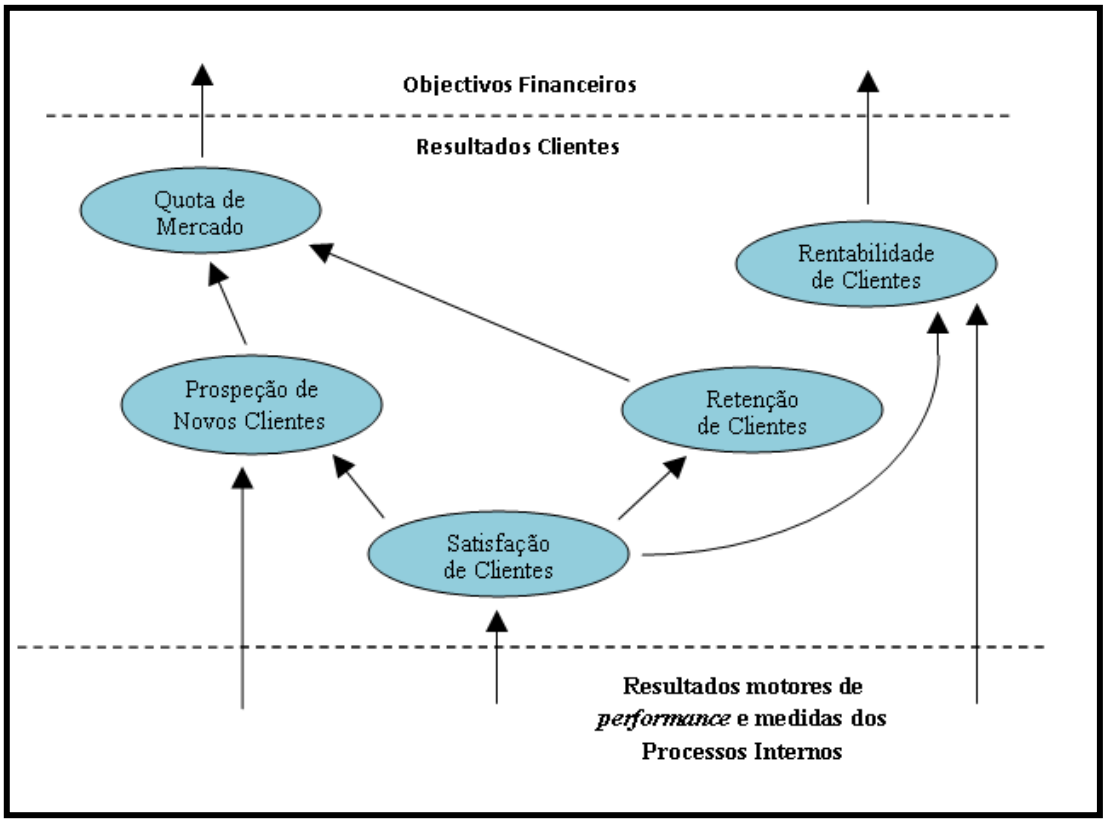


Figura 2 – Ilustração da relação causa-efeito na perspectiva clientes do BSC.[3]

1.1.1.2. Perspectiva Processos Internos: Em que é que nos devemos destacar?

A excelência do desempenho dos processos internos está intimamente relacionada com a satisfação dos clientes e consequentemente com o retorno financeiro. É necessário traduzir as medidas baseadas nos clientes em indicadores que auxiliem as organizações a melhorar internamente de modo a alcançar as expectativas dos seus clientes.[2]

O bom desempenho resulta de um conjunto de processos, acções e decisões que ocorrem nas operações internas[2], consideradas críticas, para a satisfação dos clientes e para o alcance dos objectivos financeiros organizacionais[3]. Como tal, os indicadores para a perspectiva dos processos internos devem derivar dos processos de negócio, os quais atendendo às necessidades dos clientes, identificam claramente os processos chave e competências essenciais onde as organizações se têm de destacar. [2]

A produtividade, o tempo de resposta, a qualidade e a eficiência do pessoal devem fazer parte do conjunto de objectivos e medidas a serem definidos, no BSC, pelos gestores de topo, de modo a influenciar positivamente as acções e decisões individuais de todo o pessoal envolvido nos processos chave, contribuindo para o alcance do objectivo global da organização.[2]

É importante salientar que o BSC não é um modelo genérico que possa ser aplicado a qualquer área de negócio ou indústria, pelo contrário tem de ser personalizado e ajustado a cada realidade organizacional.[4] Do mesmo modo como enfatizámos anteriormente a problemática da diversidade de clientes e das organizações que tendem a agradar a todos, também, na definição dos processos chave devemos evitar mapear todos os processos organizacionais, de modo a não tornarmos o BSC demasiado pesado e, deste modo, não retirarmos vantagem da sua elaboração/implementação.

Apesar da diversidade das organizações que podem adoptar o BSC, existe um modelo genérico de cadeia de valor, transversal a todas as organizações.[3]

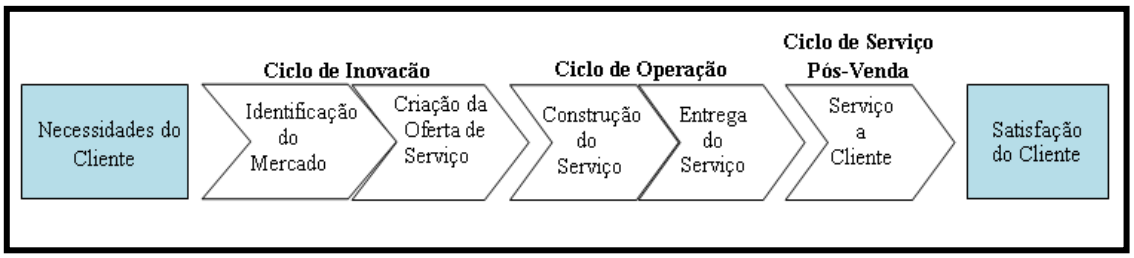


Figura 3 – Cadeia de valor genérica.[3]

A abordagem BSC para a medição do desempenho na perspectiva dos processos internos, permite a identificação de novos processos e a sua inovação contínua para obter a satisfação dos clientes, actuais e futuros, e o retorno financeiro expectável a longo prazo[3].

1.1.1.3. Perspectiva Aprendizagem e Inovação: Podemos continuar a melhorar e a criar valor?

A melhoria contínua dos produtos e serviços, bem como, a sua inovação desempenham um papel fundamental nas organizações que pretendem afirmar-se e sobreviver num mundo cada vez mais competitivo.

Na perspectiva da aprendizagem e inovação, pretende-se que as organizações identifiquem as infra-estruturas e recursos necessários, para o crescimento e inovação a longo prazo.[3]

Devido à permanente alteração das necessidades/desejos dos clientes, à introdução de novos produtos pela concorrência e ao surgimento de tecnologias inovadoras entre outros factores, as organizações devem ter a capacidade de inovar, quer desenvolvendo novos e melhores

produtos, quer melhorando os seus processos internos, tornando-os mais eficientes e aprendendo como crescer e criar valor para *stakeholders*.[2]

A aprendizagem e o crescimento organizacional surgem de 3 fontes principais: pessoal, sistemas e procedimentos organizacionais.[3] Os objectivos e medidas resultantes da perspectiva de aprendizagem e inovação, coordenados com os objectivos e medidas das perspectivas clientes e processos internos, irão salientar os factores críticos, ao nível do pessoal, sistema e procedimentos, nos quais a organização deve melhorar para alcançar o desempenho desejado.[3]

As organizações devem investir continuamente, em formação de pessoal. Colaboradores mais motivados e incentivados aprendem mais, superam-se e tornam-se mais produtivos, impulsionando a inovação e a melhoria contínua.
Os indicadores baseados nos colaboradores são diversificados e com escalas de medida diversa, tais como a satisfação do pessoal, retenção de pessoal, formação de pessoal e produtividade.[3]

Os indicadores provenientes da perspectiva da aprendizagem e inovação enfatizam o papel da melhoria continua na satisfação dos clientes e nos processos internos, uma vez que são estes os considerados, pelas organizações, como motores chave para o sucesso.[2]

1.1.1.4. Perspectiva Financeira: De que forma devemos ser vistos pelos accionistas?

Os indicadores financeiros têm como objectivos dar informação aos gestores de topo se a estratégia organizacional está a ser bem implementada e executada por todos, criando valor para os accionistas, ou seja, rentabilizando o capital por eles investido.[2]
Uma estratégia implementada e executada que não traduza bons resultados financeiros é indicativo de que algo falhou, nomeadamente, a definição da própria estratégia ou as acções implementadas para realizar a mesma.
Como referido anteriormente, o erro que uma organização comete ao se debruçar apenas sobre os resultados financeiros, consiste no facto de estarmos a analisar o passado, não sendo um bom instrumento de reflexão para medidas das acções futuras.[2]
À luz da gestão tradicional o desafio dos gestores de topo é alinhar o desempenho operacional, o qual deve ser constantemente monitorizado, com o desempenho financeiro, de modo a que

os melhoramentos operacionais se traduzam em bons resultados financeiros.[2] No entanto, no actual cenário competitivo, é claro que não basta só ter um desempenho operacional excelente para alcançar retorno financeiro, os clientes têm de estar satisfeitos e os colaboradores motivados. Esta interligação dos objectivos e das medidas definidas para as restantes três perspectivas do BSC com uma ou mais medidas da perspectiva financeira, destaca a importância do BSC enquanto metodologia de apoio à clarificação e execução da estratégia organizacional, elucidando os gestores sobre muitas das relações internas na organização.

Sendo a perspectiva financeira já muito utilizada pelas organizações para avaliar o desempenho, existem inúmeros indicadores e objectivos que podem ser definidos nesta perspectiva. O desafio dos gestores de topo é redefinir os indicadores e os objectivos que melhor se ajustam ao tipo de negócio e estratégia, redesenhar as medidas que avaliem o sucesso da estratégia e da visão da organização.

1.1.2. Aplicação do BSC ao sector da saúde

A aplicação do BSC ao sector da saúde remonta ao ano de 1994 e tem vindo a ganhar destaque desde então derivado às inúmeras vantagens que a sua utilização acarreta para melhorar o desempenho neste sector. À medida que a aplicação do BSC no sector da saúde foi sendo generalizada, surgiram questões relativas à sua implementação, algumas comuns a qualquer tipo de organização, outras derivadas das características muito próprias das organizações prestadoras de cuidados de saúde.[5] Neste sentido vários artigos têm sido publicados com exemplos de implementação do BSC no sector da saúde, evidenciando o contributo desta ferramenta e salientando a necessidade de modificar a formulação original do BSC para que este se ajuste à realidade particular dos Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde (EPCS).[5] As modificações que vêm sendo relatadas são várias, por exemplo, inclusão de perspectivas adicionais (ex: resultados, qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde), para além das 4 perspectivas fundamentais postuladas por Kaplan e Norton; enfatizar a perspectiva clientes, isto é, não sendo o lucro, o objectivo último dos EPCS públicos é mais vantajoso para a organização colocar a perspectiva clientes em domínio sobre as restantes; extensão da aplicação do BSC para além da gestão estratégica a nível organizacional, isto é, o BSC tem vantagens quando aplicado aos diferentes serviços existentes num mesmo EPCS.[5]

É de salientar que o BSC é, actualmente, aplicado a variadíssimos tipos de organizações no sector da saúde, desde hospitais, clínicas, companhias de seguros, farmacêuticas a

organizações governamentais e públicas.[5] Estas organizações diferem substancialmente em termos de missão, serviços, produtos e contexto[5], o que permite evidenciar a plasticidade do BSC que lhe permite ser aplicado a todo o tipo de organizações, sejam elas prestadoras de serviços ou de produtos, com carácter lucrativo ou não.

Entre as inúmeras vantagens que cada organização pode obter com a implementação do BSC, existem duas grandes vantagens de carácter geral que são frequentemente referidas:

- A adopção do BSC despoleta a necessidade de se desenvolver sistemas de armazenamento de dados e integrar os múltiplos sistemas eficientes de informação existentes num mesmo EPCS, garantindo informação válida, completa e atempada;

- A utilização do BSC proporciona uma estrutura conceptual de comparação entre as organizações (*benchmarking*) do sector da saúde.

1.1.2.1. Exemplo de aplicação do BSC a um hospital público Português[12]

O exemplo de aplicação que iremos descrever refere-se a um exercício de simulação para uma possível aplicação do BSC a um hospital Português. Apesar de se tratar de uma simulação consideramos que a referência a este estudo é pertinente, pois reflecte o tipo de organização no qual se insere o nosso objecto de estudo. O estudo foi realizado no ano de 2005 num hospital público central da zona Norte de Portugal. Juntamente com a Administração do hospital foram seleccionados, como objecto de estudo, dois serviços pilotos na sua vertente de internamento. Os dois serviços diferem não só no tipo de serviços prestados, bem como, na própria dimensão, no número de colaboradores e no número de doentes que recebem.

A primeira questão que se levantou foi "até que ponto estaria o hospital preparado e disponível para introduzir o BSC?". Esta questão torna-se extremamente relevante se pensarmos que a aplicação do BSC acarreta, forçosamente, uma mudança de postura, quer a nível comportamental de todos os envolvidos, quer a nível do processamento da informação, entre outras.

O primeiro passo para desenvolver o BSC no hospital foi assegurar que todos os colaboradores da organização tinham conhecimento sobre a missão, visão e estratégia organizacional. A Administração desenvolveu iniciativas neste contexto e todos os colaboradores se sentiram parte integrante da estratégia, o que representa um factor motivacional.

Outro ponto fundamental foi perceber que os planos de actividades de cada serviço hospitalar eram desenvolvidos internamente pelos intervenientes no serviço. Sem comunicação da política de gestão, os serviços criavam os seus próprios planos de actividade como lhes eram mais satisfatórios. Estes planos de actividades eram, por norma, descritivos e não quantificáveis, e sem qualquer compatibilidade com os planos dos restantes serviços. Para contornar este facto, que contraria frontalmente os mandamentos de aplicação de um BSC, foi desenvolvido um modelo, denominado de "contratualização", que visava possibilitar que os serviços desenvolvessem as suas estratégias alinhadas com as estratégias dos restantes serviços e com as políticas definidas pela Administração, e que se responsabilizassem pelos seus objectivos financeiros e operacionais, os quais deveriam ser claros e facilmente mensuráveis.

O passo seguinte foi o desenvolvimento dos BSCs para serem apresentados aos directores dos serviços em estudo. O número de BSCs desenvolvidos corresponde ao número de estratégias apresentadas relativas às patologias tratadas em cada serviço. No total, foram apresentados quatro BSCs. Após a selecção dos indicadores para as quatro perspectivas do BSC, a validade e relevância dos mesmos foram avaliados pela direcção dos serviços. A preocupação na selecção dos indicadores foi, claro está, a sua clareza e utilidade para medir o desempenho, bem como, se eram possíveis de quantificar. A grande maioria dos indicadores seleccionados, foram fáceis de obter pois já havia base informativa para os sustentar. Contudo para outros, como por exemplo "satisfação de clientes", foi necessário a criação de inquéritos. Outros indicadores foram, simplesmente, reajustados à realidade clínica.

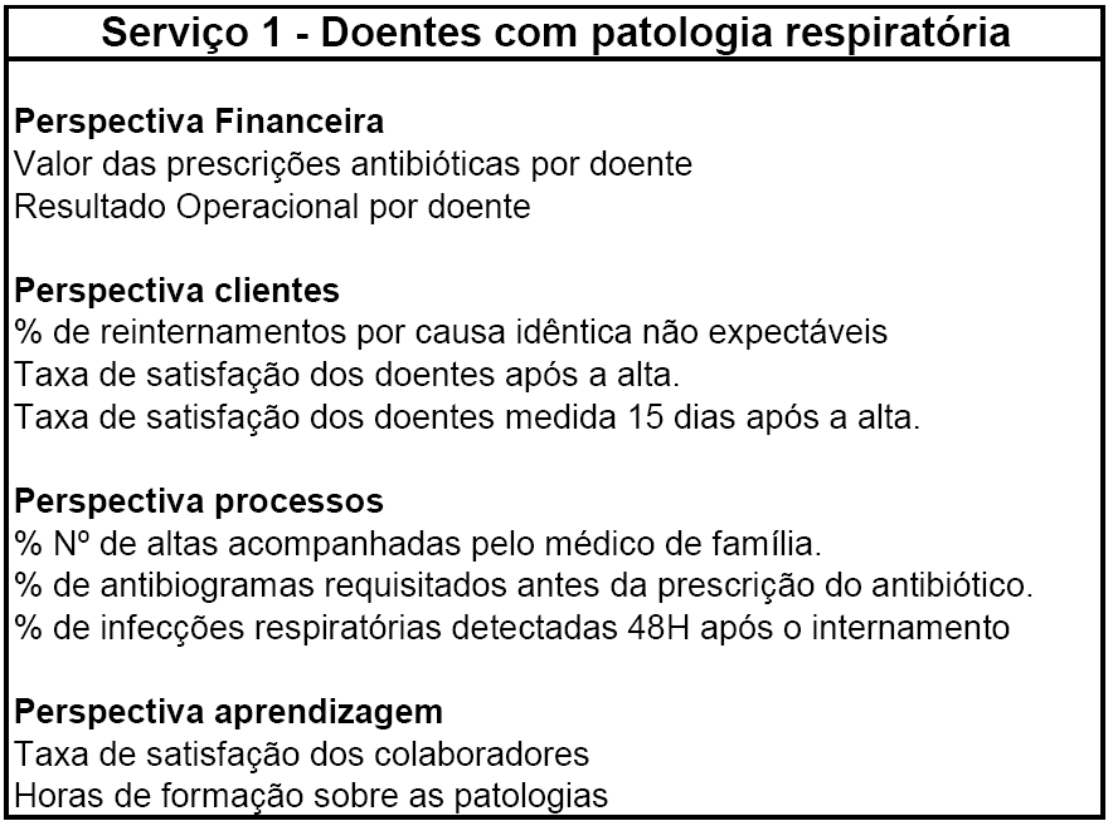


Figura 4 – BSC aplicado aos doentes com patologia respiratória do Serviço 1.[12]

Como foi anteriormente referido, uma das grandes dificuldades para implementar o BSC no contexto hospitalar, prende-se com a incapacidade de transformar dados em informação relevante. Um hospital tem muita informação proveniente de departamentos distintos, a qual deve ser agregada em sistemas de informação para que se torne facilmente acessível. A recolha de dados que alimentem os indicadores seleccionados foi caracterizado neste estudo como um factor crítico de sucesso no qual todos devem estar envolvidos e sensibilizados.

A procura de dados para a construção dos indicadores é outra das exigências do BSC. Para tal foi necessário fazer a cartografia de processos do hospital, ou seja, mapear o circuito de cada doente dentro do hospital de forma a identificar qual o processo, a perspectiva do BSC a que corresponde e qual a fonte de informação a que se deve recorrer.

A apresentação dos relatórios provenientes do BSC foi outra das preocupações estudadas neste estudo de caso. Os relatórios devem proporcionar leitura fácil, de modo a acelerar as conclusões resultantes da interpretação dos indicadores de desempenho. A utilização de *software* de apoio à construção, disponibilização e compreensão do BSC revela ser uma mais-valia.

No final do estudo, o autor, concluiu que a aplicação do BSC no hospital constituiu uma mais-valia e foi bem aceite por todos, uma vez que, recorrendo a um pequeno número de indicadores, permitiu medir os resultados da estratégia implementada, bem como, identificar alterações necessárias para atingir o sucesso. Em conclusão, o BSC pode contribuir para aumentar a eficiência, reduzir custos e fundamentar a tomada de decisão, também em EPCS.

1.2. Analytical Hierarchy Process

Todos nós somos, diariamente, confrontados com problemas, sejam eles simples ou complexos. Como tal, decidir é imperativo em todas as acções do ser humano. Decidir qual a melhor alternativa para solucionar o problema ou atingir determinado objectivo é nossa responsabilidade. Problemas mais simples resolvem-se muitas vezes de forma intuitiva com decisões fundamentais. Um problema complexo acarreta muitas alternativas, opções, caminhos que poderemos seguir até à melhor solução. Mas decidir qual a melhor alternativa nem sempre é claro e simples. A reacção natural do ser humano, quando confrontado com um problema complexo, consiste em agrupar os elementos de decisão com características comuns e estabelecer comparações entre eles de modo a permitir a tomada de decisão. É neste princípio da psicologia humana que assenta o método do *Analytical Hierarchy Process* (AHP) ou, Método Hierárquico Multicritério (MHM).

O AHP é uma ferramenta estruturadora de decisão multicritério que combina critérios qualitativos e quantitativos para priorizar, classificar e avaliar alternativas.[10] Mais do que permitir determinar a melhor decisão, promove a recolha de informação, que auxilia a percepção consciente das ocorrências, a estruturação de critérios que permitam avaliar as alternativas, de modo a permitir a opção por decisões fundamentadas e alinhadas com as opiniões de cada individuo.[6]

O método AHP, proposto por Thomas Saaty na década de 70, resulta da necessidade sentida pelo autor de desenvolver uma ferramenta que auxiliasse, de modo simples, a tomada de decisões sobre problemas complexos facilitando a comunicação entre indivíduos de áreas distintas.[8] Baseado em pressupostos matemáticos[6], através da construção de matrizes consistentes[8], além dos princípios da psicologia referidos anteriormente, a essência do AHP é o julgamento, a opinião humana e as informações numéricas.

O AHP fornece um procedimento para a elaboração de modelos de decisão, o qual, numa primeira fase, força os decisores a decompor (analisar) o problema inicial complexo em elementos constituintes mais compreensivos e dispô-los hierarquicamente, de forma a ser possível compará-los para determinar (medir) a sua dominância e, através da combinação da informação resultante da análise multidimensional, é possível sintetizar a multiplicidade de critérios para estabelecer prioridades globais[8], ou seja, indicar a adequabilidade de cada alternativa para cumprir o objectivo da decisão. Após a implementação desta metodologia podemos definir vários cenários decisionais, isto é, diferentes perspectivas decisionais.

A tomada de decisão, sobre um problema complexo, envolve uma multiplicidade de critérios, subcritérios e etc., directa ou indirectamente relacionados, aos quais devemos atribuir uma importância relativa.[6] Um dos grandes desafios na tomada de decisão multi-critério é ultrapassar o conflito que se gera, frequentemente, entre os vários critérios a considerar, pois, melhorar o desempenho segundo um dos critérios poderá significar piorar o desempenho segundo outro.[7] Esta correlação entre critérios deve ser evitada.

Se o que pretendemos é uma decisão fundamentada e com utilidade, a objectividade tem de ser a palavra dominante. Neste sentido, basear uma decisão em opiniões (julgamentos) individuais parece ser totalmente contraditório. A mais-valia da utilização da metodologia AHP consiste em permitir quantificar e comparar elementos subjectivos, pois estes intangíveis são medidos juntamente com elementos tangíveis permitindo ao decisor avaliar a importância relativa dos seus objectivos (critérios) ou alternativas[6] em todos os níveis da hierarquia, tendo em conta a opinião e preferência de todos os envolvidos e, simultaneamente, reduzindo a subjectividade implícita das avaliações. Esta potencialidade do método AHP de converter julgamentos em valores numéricos, é conseguida através de um método designado "comparação dois a dois de elementos (alternativas, critérios, sub-critérios)". Este método permite processar informação consistente e credível entre elementos distintos.[6] A comparação dois a dois é efectuada com base numa escala padrão, permitindo avaliar em que medida determinado elemento é dominante relativamente ao qual está a ser comparado, segundo a perspectiva do elemento do nível imediatamente superior.[7] O processo de escalonamento pode depois ser convertido em graus de prioridade (mérito, preferência, utilidade), permitindo a comparação de diferentes alternativas de decisão para a escolha da melhor, em função do objectivo estabelecido, ou um conjunto das melhores, classificadas por ordem de preferência, ou, simplesmente, para evidenciar as alternativas possíveis possibilitando a sua avaliação e comparação.[7]

O AHP tem, actualmente, uma aplicação vastíssima, entre organizações públicas e privadas, desde o sector primário ao terciário, quer na indústria, comércio, exército e prestadores de serviços. É, provavelmente, o método de apoio à tomada de decisão mais utilizado em todo o mundo.[8]

1.2.1. Etapas para a elaboração de AHP

1.2.1.1. Definição do problema decisional

Uma tomada de decisão organizada requer em primeiro lugar, uma definição clara do problema. Requer que o conheçamos bem para ser possível determinar qual a informação relevante, qual o conhecimento, que nos ajudará a alcançar a solução para o problema em estudo.[6] A informação a recolher deve sustentar a expectativa de quão bem as alternativas devem satisfazer os critérios decisionais. Devemos evitar recolher informação desmesuradamente correndo o risco de perder a objectividade da análise.
Definir bem um problema passa por conhecer o propósito, a necessidade da decisão, e quem é afectado pela mesma, de modo a estabelecermos bons critérios (subcritérios, sub-subcritérios, etc.) que resultem em alternativas satisfatórias para o processo de tomada de decisão.[6]

1.2.1.2. Estrutura hierárquica da decisão

No topo da estrutura hierárquica deverá constar o objectivo global, nos níveis imediatamente descendentes serão considerados os critérios pertinentes para o problema decisional e no último nível são representadas as alternativas de decisão que serão analisadas.[6]
Segundo o princípio matemático da composição de hierarquias, os elementos que integram um mesmo nível hierárquico são independentes entre si, ou seja, uma alteração da métrica de um destes critérios não implicará alteração do valor da métrica de qualquer outro critério.[7]

O número de níveis hierárquicos depende, exclusivamente, da complexidade do problema decisional e o número de elementos em cada nível deverá descrever o problema decisional de forma clara e objectiva.[7, 10]

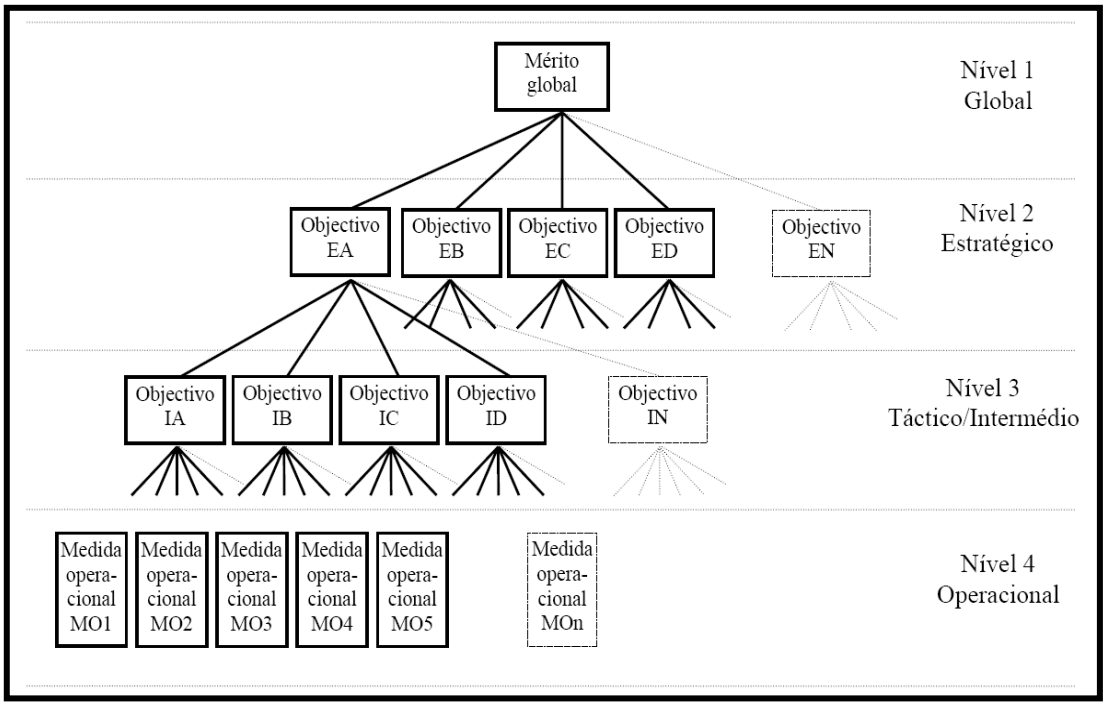


Figura 5 – Ilustração exemplificativa de uma estrutura hierárquica de decisão.[25]

1.2.1.3. Comparação dois a dois

A comparação permite avaliar os vários elementos de cada nível de acordo com a importância relativa (prioridades) que cada indivíduo lhes atribui (julgamento). A comparação dois a dois é o método utilizado para comparar entre si cada dois elementos de um mesmo nível hierárquico com respeito a cada elemento do nível imediatamente superior (elemento parental).[7] Tipicamente, formulam-se questões objectivas e elabora-se uma escala de classificação, com números absolutos, para as possíveis respostas de cada indivíduo. Posteriormente, desenha-se uma matriz de objectivos onde serão inscritas as preferências (de acordo com a escala de classificação numérica), atribuídas por cada indivíduo, resultantes da comparação dois a dois dos vários elementos, obtendo-se as prioridades locais, ou seja, as prioridades para cada objectivo estratégico.[7]

A ponderação, verdadeira ou aproximada, de cada elemento é obtida através do cálculo do vector próprio associado a cada matriz.[8]

Se x é ... que y, então,	o peso a atribuir é …
... igualmente importante	1
… pouco mais importante	3
... mais importante	5
… muito mais importante	7
... muitíssimo mais importante	9

Figura 6 – Escala de classificação numérica.[25]

De acordo com a escala de classificação numérica acima, podemos obter a seguinte matriz de preferências de critérios, resultante da comparação dois a dois:

Critérios	A	B	C	D	E
A	1	1/3	5	6	5
B	3	1	6	7	6
C	1/5	1/6	1	3	1
D	1/6	1/7	1/3	1	¼
E	1/5	1/6	1	4	1

Figura 7 – Exemplo de Matriz de Preferências de Critérios.[7]

A matriz resultante é sempre uma matriz simétrica, preenchida com o valor 1 ao longo da sua diagonal principal, representando a comparação com o mesmo critério.
Os valores apresentados sob a forma de fracção, na matriz de preferências, resultam da comparação inversa entre dois mesmos critérios (se y é… que x, então,).

No caso de existirem n-níveis, as prioridades obtidas servem para ponderar as prioridades do nível imediatamente seguinte[6], multiplicando a prioridade local do elemento de um nível pela prioridade global do seu elemento parental[8]. Este processo é repetido até se obterem as prioridades globais do nível mais baixo (geralmente as alternativas).[6] No final do exercício de comparação, o que se obtém é uma classificação geral de prioridades das alternativas face ao objectivo global (uma síntese), a qual permite estabelecer prioridades de realização de medidas operacionais e apoiar os decisores na escolha da melhor solução (decisão).

1.2.1.4. Determinação da coerência dos julgamentos

Como fora já referido anteriormente, um método fundamentalmente matemático baseado em julgamentos ou opiniões parece algo controverso. Para contornar esta barreira subjectiva é necessário determinar se os julgamentos são coerentes entre si. Por coerência de julgamentos entende-se que um individuo que prefira o elemento X comparativamente a Y, e prefira o elemento Y relativamente a Z, deverá, por coerência perfeita, preferir o elemento X comparativamente a Z.

Em situações em que não se verifica coerência perfeita, utiliza-se um indicador, a razão de coerência, a qual permite avaliar a amplitude do afastamento da coerência. O valor limite de aceitação é, por convenção, razão de coerência inferior a 0,1. Num cenário de coerência perfeita, a razão de coerência assume o valor zero.[9]

A determinação da coerência pode ser efectuada quer a nível local (matriz) quer a nível global (problema decisional). [7]

1.2.2. Aplicação do AHP ao sector da saúde

Qualquer EPCS envolve um número elevado de profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, administradores, técnicos, auxiliares e etc.). Entre estes, devem ser garantidas formas de comunicação eficaz e eficiente de modo a maximizar a qualidade do serviço prestado, ao mesmo tempo que são minimizadas as incertezas próprias desta área de negócio. Os EPCS são por excelência, organizações complexas onde surgem, diariamente, problemas complexos de extrema sensibilidade. O AHP torna-se assim uma metodologia bastante útil no sector da saúde ao permitir a estruturação da complexidade do problema decisional, e tomar em conta as preferências de todos os envolvidos na tomada de decisão.[8]

Uma aplicação geral do AHP ao sector da saúde pode referir-se ao desenvolvimento e divulgação das orientações das práticas médicas. A controvérsia entre as orientações clínicas, direccionadas para grupos de pacientes/patologias, e as orientações práticas, direccionadas para um único paciente, não permitem o equilíbrio da prática médica. O desafio é alinhar, através do AHP, os diferentes pontos de vista de todos os intervenientes (pessoal clínico e decisores), desenvolvendo linhas de orientação flexíveis, isto é, ajustadas a cada paciente, e eficazes de modo a optimizar o serviço médico prestado á comunidade.[8] (Dolan JG. Bordley DR. (1992) *"Using the analytic hierarchy process (AHP) to develop and disseminate guidelines" QRB Journal*, **vol. 18** n.12, pp.440-447).

1.2.2.1. Exemplo de aplicação do AHP no sector da saúde[9]

Com o presente estudo pretende-se decidir qual o melhor tratamento para o caso de inflamação da garganta em pacientes adultos, recorrendo ao método do AHP. A questão fundamental é perceber até que ponto uma infecção por estreptococos da estirpe A, causa bacteriana mais comum de faringites agudas em adultos, altera ou não a decisão do tratamento clínico.

A infecção por estreptococos da estirpe A está associada a vários sintomas, que podem ser confundidos com uma inflamação da garganta "vulgar" para a qual não há necessidade de prescrição de antibióticos. Profissionais de saúde convidados por diversas entidades de saúde americanas têm proposto directrizes para orientar os clínicos no diagnóstico e tratamento de inflamação da garganta. As directrizes emitidas pelas diferentes entidades convergem para a mesma questão fundamental: é necessário identificar se há ou não infecção por estreptococos da estirpe A antes de prescrever o tratamento. O conflito, entre as diferentes directrizes, surge na determinação exacta do ponto em que é necessário confirmar, laboratorialmente, a presença de infecção por estreptococos da estirpe A. O AHP foi utilizado para auxiliar os clínicos na resolução deste conflito, ou seja, o objectivo é decidir qual a directriz a seguir, qual o tratamento mais indicado para inflamação da garganta.

A figura seguinte representa a estrutura hierárquica definida para o problema decisional em estudo, ou seja, qual o melhor tratamento. Foram identificados quatro critérios considerados relevantes: duração mínima da doença, prevenção de complicações, evitar os efeitos secundários inerentes à medicação e dosagem óptima de antibiótico. Com excepção do critério duração mínima da doença, os restantes critérios têm associados dois subcritérios. As alternativas para a condução do tratamento são descritas no nível inferior da estrutura hierárquica.

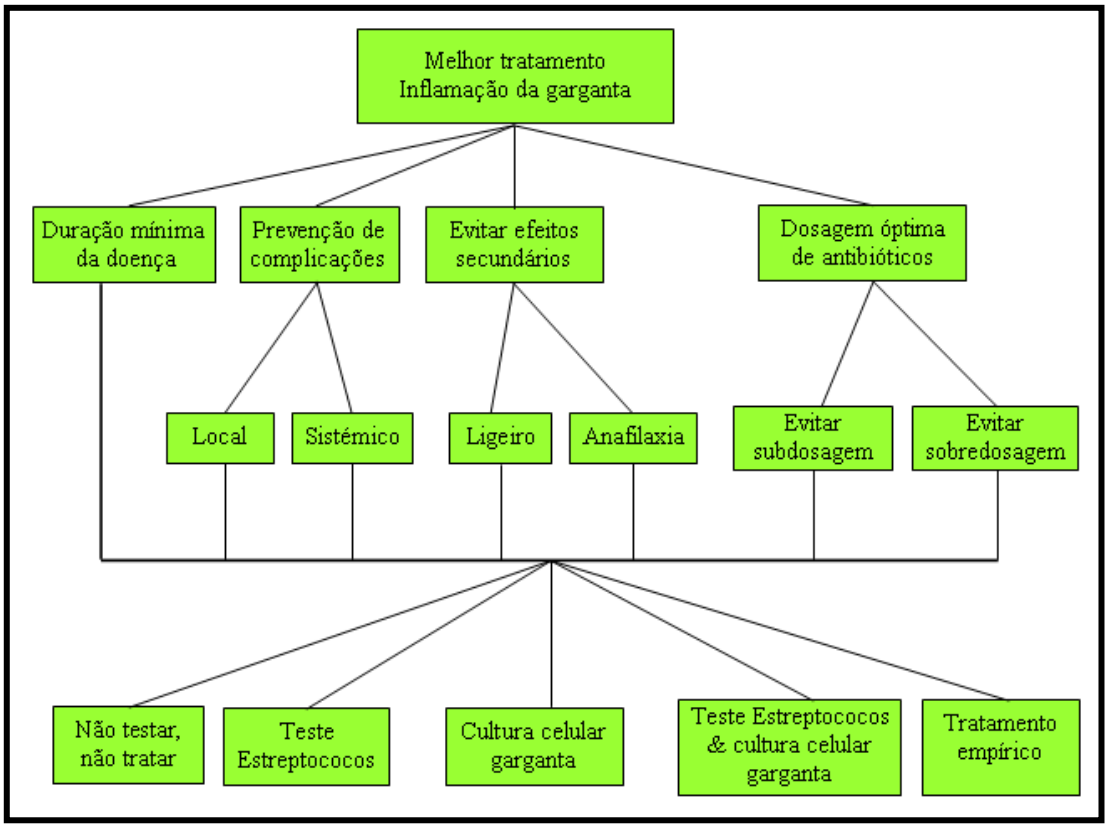


Figura 8 – Estrutura hierárquica representativa do problema decisional: melhor tratamento para inflamação da garganta em pacientes adultos.[9]

Após a estruturação hierárquica do problema decisional, a informação relevante foi reunida e organizada de modo a permitir estabelecer as comparações necessárias entre os diversos elementos da estrutura hierárquica. De acordo com a literatura, assumiram-se condições padrão (taxa de prevalência, duração dos sintomas e tratamento e etc.) e determinaram-se uma série de probabilidades e estimativas, necessárias para a condução da análise por AHP.

Para comparar as diferentes alternativas relativamente ao critério duração mínima da doença, o qual é do tipo quanto menor melhor, foi utilizado o inverso da duração média (por 1000 pacientes) associado a cada uma das alternativas. As comparações entre as alternativas, relativamente aos restantes critérios foram efectuadas de acordo com o descrito anteriormente no ponto relativamente ao método de comparação (1.2.1.3. Comparação dois a dois), baseadas em valores estimados previamente para cada subcritério.

Os critérios e subcritérios identificados foram considerados pelos decisores como igualmente importantes, com excepção do subcritério anafilaxia, o qual foi considerado muitíssimo mais importante quando comparado com o subcritério minimizar os efeitos secundários.

No final, foi calculada a importância relativa (ponderação) para sintetizar os resultados das comparações entre os critérios de modo a determinar qual a melhor alternativa para alcançar o objectivo pretendido, isto é, decidir qual o melhor tratamento a aplicar.

Os resultados obtidos confirmam a dificuldade em identificar qual o melhor tratamento para a inflamação da garganta. Acresce ainda algumas limitações do estudo, tais como o facto de ter sido utilizada muita informação retirada da literatura, nomeadamente estimativas, a qual pode não ser suficientemente precisa, assim como a escolha da população de estudo entre outras, que condicionam as conclusões.

Apesar da diferença na classificação das prioridades das alternativas não ser satisfatória para concluir com segurança qual o melhor tratamento, os autores consideram que a análise AHP foi uma mais-valia. As vantagens apresentadas após a conclusão do estudo são:

- Permite alertar para a importância da optimização da dose de antibiótico administrado, evitando a resistência bacteriana aos antibióticos por sobredosagem e a propagação da doença infecciosa por subdosagem;
- Evidencia o compromisso da selecção dos diferentes objectivos de gestão e como estes afectam a decisão do tratamento, *trade-off* que não se consegue evidenciar com análises de custo-benefício.

A necessidade de selecção de mais e melhores critérios é a grande conclusão e o desafio para estudos futuros que tenham como objectivo decidir qual o melhor tratamento para inflamação da garganta em pacientes adultos.

1.3. *Metric-Merit Conversion*

Premiar o mérito, individual e/ou colectivo, no alcance do(s) objectivo(s) estratégicos e/ou operacionais ou, simplesmente, premiar o esforço desenvolvido para o seu alcance, é uma ideia já muito enraizada nas culturas organizacionais actuais. Assente na ideia de que todo o ser humano gosta de ver o seu esforço reconhecido e valorizado, rapidamente se instituiu a medição do mérito como o grande factor motivador do desempenho humano. O reconhecimento e valorização despoleta o querer ser cada vez melhor, superar limites. Esta influência comportamental é o grande objectivo da conversão do mérito em métricas.

O *metric-merit conversion* (MMC) é uma metodologia desenvolvida para traduzir, tal como o próprio nome indica, a relação (a função) entre o mérito demonstrado na prossecução de determinado objectivo e o valor assumido por cada métrica (indicador) em determinado período de controlo.[11]

O modo como o MMC pode ser empregue varia consoante a proporcionalidade entre o mérito demonstrado (esforço desenvolvido) e a métrica na óptica do Gestor. De acordo com esta proporcionalidade surgem dois cenários possíveis[11]:

- A relação mérito-métrica segue uma proporcionalidade directa ou inversa;
- Determinados objectivos podem necessitar de diferentes doses de mérito para serem alcançados, doses essas relacionadas com o valor assumido normalmente por cada métrica.

No primeiro cenário, mais simplicista, a conversão da métrica em mérito é executada recorrendo a funções matemáticas deduzidas por algoritmos de regressão polinomial baseadas nos mínimos quadrados.[11]

Uma relação métrica-mérito directa é do tipo "quanto maior a métrica maior o mérito", ou seja, traduz uma relação crescente.[11]

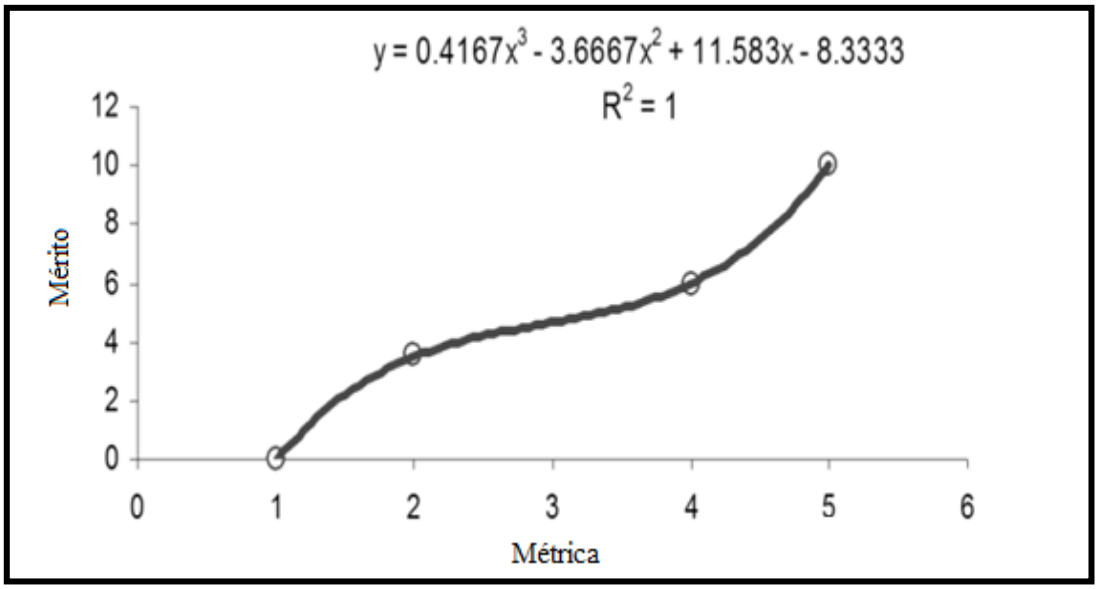


Figura 9 – Ilustração de um cenário de relação métrica-mérito crescente.[11]

Uma relação métrica-mérito indirecta é do tipo "quanto menor a métrica maior o mérito", ou seja, traduz uma relação decrescente.[11]

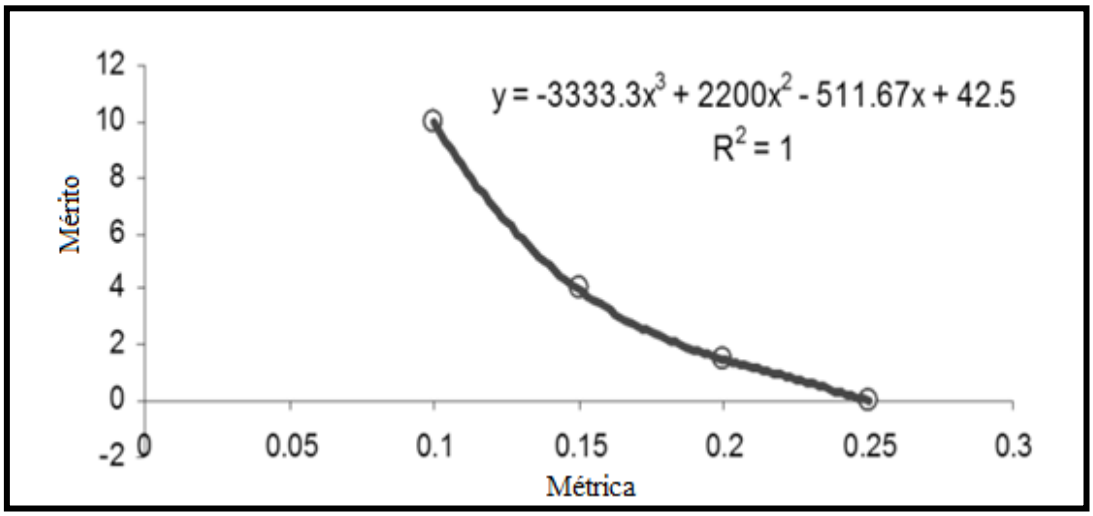


Figura 10 – Ilustração de um cenário de relação métrica-mérito decrescente.[11]

No segundo cenário, a função que traduz a conversão da métrica em mérito é representada graficamente. No eixo das abcissas representam-se os valores que cada métrica pode assumir e no eixo das ordenadas é representado o mérito segundo uma escala numérca.[11]

2. Serviço Nacional de Saúde e Organizações Hospitalares

Neste segundo capítulo, pretendemos abordar a temática do Serviço Nacional de Saúde (SNS), fazendo uma perspectiva histórica que nos permita perceber a sua evolução até ao actual SNS. A sua referência é de extrema relevância neste trabalho, uma vez que o nosso objecto de estudo é um Serviço de prestação de cuidados de saúde inserido num hospital público Português. Entender o caminho da evolução dos princípios, das políticas, das estratégias, das fraquezas do SNS será, convictamente, uma mais-valia para conduzir o nosso estudo, o desenho de um sistema de avaliação do desempenho da gestão com aplicação no Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E..

A temática "empresarialização hospitalar" pretende introduzir o capítulo seguinte "organização hospitalar", permitindo perceber o sistema jurídico-organizacional dos hospitais portugueses, o papel do Estado na administração dos mesmos e o impacto da gestão privada de capitais públicos no alcance da excelência.

É nosso propósito, com os temas abordados nesta secção, contribuir para uma melhor identificação de algumas das fraquezas do SNS e dos hospitais públicos em geral e potenciar oportunidades de melhoria. Na perspectiva dos sistemas de controlo de gestão, o objectivo consiste em criar uma forma de quantificar o desempenho conseguido em cada período de controlo, isto é, a diferença entre a realidade actual (onde estamos) e a realidade futura desejada (onde queremos estar), tornar esta diferença visível a toda a organização e "provocar" a acção para a diminuição progressiva daquela diferença, introduzindo a motivação necessária.

2.1. Perspectiva histórica do Serviço Nacional de Saúde

"Criação de um Serviço Nacional de Saúde, gratuito, universal e geral".
Foi baseado nesta máxima, que em 1979 se funda o Serviço Nacional de Saúde (SNS).[13] Desde que o SNS foi criado, surgiram programas políticos distintos relativamente às prioridades das políticas de saúde e a forma como o SNS era financiado. A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979, prevista na Constituição da República Portuguesa, destacava sobretudo o princípio da gratuitidade do SNS. Contudo, os artigos que compunham esta lei, nomeadamente o 5º e 6º, provocavam constrangimentos jurídico-constitucionais uma vez que limitavam o acesso ao SNS se se verificasse a escassez de recursos e punham em causa a

gratuitidade, pela liberdade de imposição de taxas moderadoras aos utentes do SNS. Este conflito é metaforicamente resolvido quando a Comissão Constitucional emite um parecer onde fica descrito que as taxas moderadoras seriam de "realização progressiva, gradual, diferida no tempo, em função das disponibilidades financeiras e materiais do Estado".[14]

A eficiência toma um lugar de destaque na preocupação dos dirigentes e investigadores, que denominam como excessivo o montante das transferências para o sector privado, através das convenções com prestadores privados e das comparticipações do SNS nos custos dos medicamentos prescritos em ambulatório (regime privado). Na década de 80, Portugal assumia já um lugar de destaque no *ranking* da OCDE (*Organisation for Economic Co-operation and Development*), devido aos gastos com medicamentos e ao facto de grande parte dos exames radiológicos e análises clínicas serem efectuadas pelo privado, pois era quem dispunha da tecnologia.[14]

O SNS era, nesta época, o maior detentor e prestador dos cuidados de hospitalização e meramente pagador dos cuidados de ambulatório. Rapidamente, se observa o aumento da transferência para o sector privado, o que impulsiona as reformas que foram surgindo no SNS, defendendo a sua empresarialização. Nesta perspectiva, o SNS seria orientado, tal como uma empresa, por factores de competitividade, eficiência e políticas de prioridades.[14]

A necessidade de clarificar a separação entre sector público e privado impulsiona a Lei das Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS (1993). Ambos vêm alterar o significado do SNS pela possibilidade de privatizar o financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos para que os utentes optassem por seguros de saúde privados e pela possibilidade de criação de sistemas de saúde de protecção na doença de base ocupacional, os subsistemas de saúde públicos e privados.[14] Não obstante, o SNS continuava (continua) sob tutela integral do Ministério da Saúde.

Em 1989, foi feita mais uma revisão da Lei do Serviço Nacional de Saúde, onde se reescreve o primeiro princípio: "serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito". Estava, hipoteticamente, resolvido o constrangimento da gratuitidade do SNS.[14]

Os Governos que se seguiram, impuseram algumas medidas referentes à previsibilidade das receitas públicas a atribuir ao sector da saúde, à manutenção do equilíbrio do Orçamento do Estado e à responsabilização financeira dos prestadores públicos.[14]

Por volta de 1995 surge o primeiro hospital público no qual foi estabelecido um contrato de gestão privado, o Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, vulgo Amadora-Sintra, dando origem à possibilidade de aumentar o financiamento privado no SNS[13]. Podemos dizer que passámos para uma era de um SNS de carácter misto, isto é, unidades públicas com gestão privada. No

entanto, começa a sentir-se nesta altura a insuficiência do modelo do SNS, os gastos públicos com a saúde aumentam face a uma administração pública tradicional desadequada, as listas de espera, quer de consultas quer de cirurgias, tornam-se críticas, o próprio acesso aos cuidados de saúde torna-se escasso.[13]

O projecto de reforma denominado "Serviço Nacional de Saúde XXI" visava, fundamentalmente, dois princípios: a elaboração de novos vectores de orientação estratégica e responsabilização e o proceder à inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde. O grande desafio deste período foi o equilíbrio entre responsabilização da gestão e flexibilidade das organizações. Num segundo período deste ciclo político, o governo assume "prioridade da saúde", reforça as dotações financeiras e surgem novas medidas de reforma, as quais foram objecto de estudo, negociadas, legisladas e algumas até se iniciaram processos de implementação. Apesar das expectativas sobre as iniciativas de reforma para a saúde em Portugal delineadas neste período, estas não surtiram efeitos no SNS, eram expectativas demasiado exigentes e medidas de intervenção desenhadas sem enquadramento estratégico. Ao invés de se assistir a uma reforma assiste-se à paralisação das medidas de reforma já aprovadas sem definição de alternativas e o abandono das muitas iniciativas que tiveram lugar neste período.

Mais recentemente, as noções de gestão de carácter misto e empresarialização ganham mais força. Nesta nova abordagem política, com o objectivo de reduzir o financiamento directo através do orçamento geral do Estado, surgem os Hospitais SA, aumenta o recurso a *outsourcing* para a aquisição de produtos/serviços e aumenta a sensibilização para a utilização de medicamentos genéricos[13].

Até aos dias de hoje temos assistido a diversas reformas no SNS, que não desvirtuam, no entanto, o seu modelo social. As alterações prendem-se, sobretudo, com a empresarialização dos hospitais, contenção da despesa pública, alterações na política do medicamento e recurso às parcerias público-privadas para a construção e/ou gestão de novos hospitais. Melhorar a eficiência, a equidade, a qualidade dos serviços prestados, a redução de custos com aproveitamento de recursos são os objectivos chave a alcançar com a implementação das reformas do SNS.[14]

O SNS pode, actualmente, ser descrito como um sistema que tem por objectivo fornecer cuidados de saúde em toda a rede de instituições que o compõem, a custo reduzido, para o

cliente (utente), do ponto de vista da prestação do serviço, com cobertura universal, equitativo e financiado, sobretudo, por taxas moderadoras e impostos pagos pelos utentes do SNS.

2.2. Sistema de Saúde Português

O actual sistema de saúde Português é constituído não só pelo SNS mas também por outras entidades prestadoras de serviços de saúde, tais como, subsistemas de saúde "corporativos", ou seja, seguros de saúde, públicos ou privados, associados à actividade profissional, e os seguros de saúde privados voluntários.[15,16]

A opção voluntária pelos seguros de saúde privados e o benefício de subsistemas de saúde, não interfere, no entanto, com o dever e direito de utilização, dos cidadãos Portugueses, do SNS.[15,16]

A figura seguinte ilustra a estrutura organizacional do SNS que vigorou até 2007:

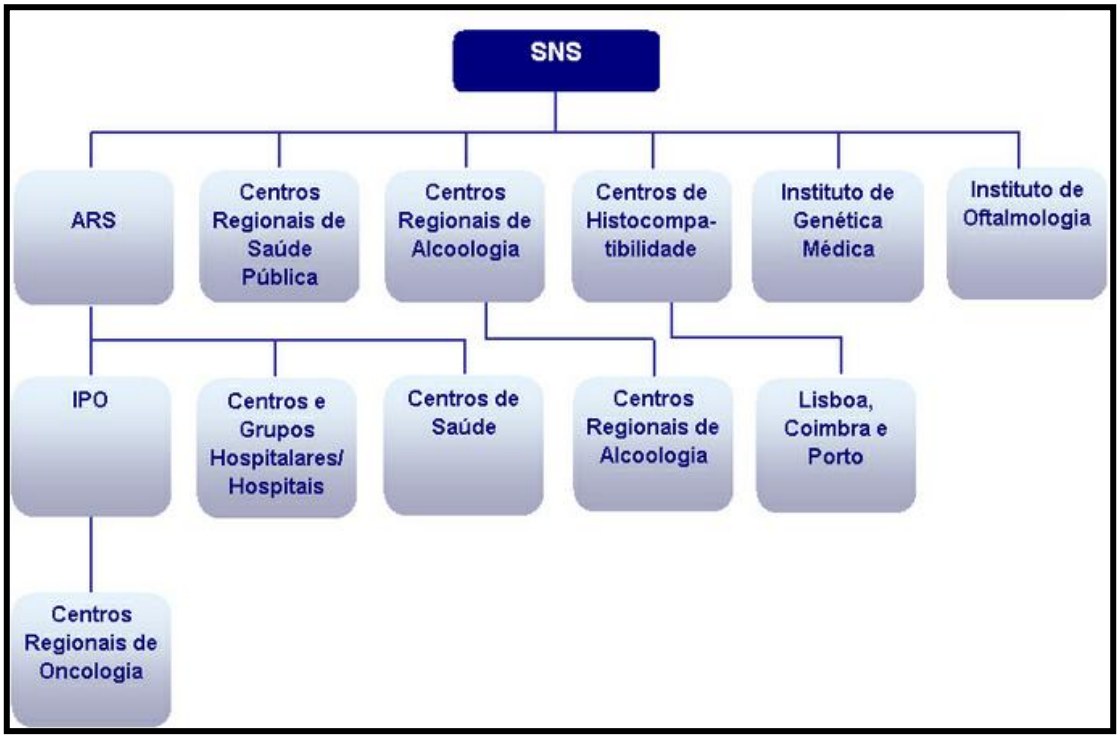


Figura 11 – Organograma do SNS (http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/servicos/arquivo/sns.htm, acedido em 7 de Maio de 2012).

Pela análise da figura anterior (figura 11), verificamos que o nosso objecto de estudo, um Serviço inserido num hospital, está integrado numa Administração Regional de Saúde (ARS).

As ARS existentes são cinco: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. A sua criação tem como objectivo, descentralizar a gestão do SNS de modo a melhorar os cuidados de saúde prestados à população regional, envolver toda a comunidade na tomada de decisão e reduzir as iniquidades na saúde. No entanto, todo o SNS padece de um controlo central, pois continua a ser financiado e administrado pelo Estado, maioritariamente, pelos Ministérios da Saúde e das Finanças e Administração Pública.[16]

Os Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP), criados em 1999, hoje denominados de Departamentos de Saúde Pública e Planeamento (DSPP), são estruturas inseridas nas ARS. Estes departamentos, estabelecem a articulação entre a Direcção Geral de Saúde (DGS) e as unidades de saúde pública da região que integram. Entre as competências atribuídas aos DSPP destacam-se: o planeamento da saúde, a engenharia sanitária e o apoio técnico aos serviços de saúde pública, nomeadamente, na vigilância epidemiológica, monitorização das condições de saúde da população e identificação dos respectivos factores de risco.[19]

A categoria "hospitais" pode ser classificada em diversos grupos, dependendo do critério a considerar, por exemplo, segundo o critério "área geográfica de actuação" classificam-se como hospitais centrais, distritais ou concelhios. Em comum todos os hospitais têm como objectivo garantir os cuidados de saúde à sua população de referência, de acordo com um mapa de especialidades definido para cada hospital ou tipo de hospital.[16]

Em termos de financiamento, o sistema de saúde Português é sustentado com recursos públicos e privados. No que diz respeito ao SNS é, maioritariamente, financiado pelos impostos e contribuições compulsórias para os subsistemas públicos de saúde, e por receitas próprias provenientes, em grande parte, das taxas moderadoras e dos serviços privados prestados pelos hospitais.[16]

De acordo, com a base de dados PORDATA (http://www.pordata.pt), o total da despesa pública com a saúde em Portugal, ronda, actualmente, os dezassete mil milhões de euros, representa 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB). A contribuição dos hospitais para a despesa pública total, em 2009, rondava os seis mil milhões de euros. Como se pode verificar por estes dados, em Portugal tal e qual noutros países, o sector da saúde consome muito recurso público. Em termos retrospectivos, a criação do SNS, fez aumentar, consideravelmente, a despesa pública com a saúde, devido à sua universalidade e gratuitidade. A tendência crescente para a despesa com a saúde que se continua a verificar, é justificada sobretudo com os seguintes factores:

- Avanços tecnológicos;

- Envelhecimento da população;
- Crescente procura de cuidados de saúde (alteração do padrão de doença);
- Gestão pouco estruturada e ineficiente.

Imbuídos na crise mundial que atravessamos, o desafio dos Governos é assegurar a prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficiência, controlando a despesa pública devido às restrições orçamentais.[16]

2.3. Empresarialização Hospitalar

Sendo a avaliação do desempenho da gestão aplicada aos hospitais públicos Portugueses a base desta dissertação, a introdução deste ponto justifica-se por nos permitir entender a transformação que as organizações hospitalares sofreram recentemente ao nível da gestão, bem como, o impacto dessa transformação na organização interna dos hospitais e consequências para a população de utentes e profissionais de saúde.

Visando melhorar a administração pública e com a consciência de que o sector da saúde acarreta gastos públicos muito substanciais, surge o conceito de empresarialização pública dos hospitais pertencentes ao SNS. O objectivo é tornar os hospitais públicos mais centralizados nos clientes/utentes e mais eficientes. Para tal é necessário transitar de uma gestão de recursos e demasiado focada em objectivos de produção, para uma gestão "moderna" alinhada com objectivos estratégicos e focada nos resultados. Só assim será possível reduzir a despesa pública com a saúde, tendo sempre como missão a prestação de cuidados de saúde de excelência.[13,22]

Tal qual podemos depreender, a mudança foi/é bastante radical e como qualquer mudança tem associado atrito, ou seja, resistência à mudança. Esta resistência fez com que a evolução desta reforma fosse lenta, ganhando expressão na viragem para o século XXI. As motivações dos órgãos governamentais para levar a cabo esta transformação foram[21]:

- O crescente aumento (insustentável) da despesa púbica, a par com a crise económica;
- Desajustamento do modelo burocrático (lento) a que os hospitais estavam sujeitos, em contradição completa com a sua natureza, onde o tempo pode fazer a diferença entre salvar ou não uma vida;
- A dimensão atingida pela rede hospitalar em Portugal;
- A aceitação da natureza empresarial dos hospitais.

O conceito de empresarialização passa a impor que se repense na estratégia da gestão da administração pública, que se definam objectivos e metas e que se obtenham resultados, concedendo maior autonomia e poder decisional aos hospitais em linha com o poder tutelar do Estado.

Neste contexto de empresarialização nascem os Hospitais SA, hospitais em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. Este novo estatuto jurídico atribuído, primeiramente, a trinta e quatro hospitais públicos, obriga a que se estabeleça um contrato (contrato-programa) entre o Hospital SA e o SNS. O Estado permanece como accionista e o Hospital SA é o adquirente dos serviços prestados. Para além do contrato estabelecido passa a ser obrigatório a elaboração de um plano estratégico que visa promover os princípios orientadores da administração e a responsabilidade do hospital em garantir os padrões de eficiência, qualidade e equilíbrio financeiro.[20]

O contrato-programa impõe uma nova forma de pagamento dos utentes do SNS. O pagamento passa a ser feito mediante os serviços prestados, de acordo com a complexidade de patologias inerente. A tabela de preços imposta é comum a todos as EPCS com as quais o SNS contratualize. Nesta perspectiva, considera-se que seja possível antecipar a tendência da despesa de cada hospital, optimizando a gestão do orçamento do SNS.[20]

De notar que o conceito de empresarialização hospitalar não é recente. As primeiras empresarializações de hospitais portugueses ocorreram na década de 90. O que é mais recente é o número representativo de hospitais que sofreram empresarialização, possibilitando, deste modo, percepcionar o impacto da transformação.[18]

No contexto da empresarialização, surgem dois hospitais pioneiros na implementação de regras de gestão privada em hospitais públicos, o Hospital da Feira (Hospital de S. Sebastião) e o Hospital do Barlavento Algarvio.[12]

O Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca surge como o primeiro hospital público Português em que a concessão da gestão foi atribuída a uma empresa privada.[17]

Para a prospecção da empresarialização muito contribuiu, para além das reformas governamentais que foram sendo instituídas, o interesse crescente dos profissionais de saúde sobre gestão, os projectos de cooperação entre universidades e hospitais internacionais e a criação de cursos de gestão de serviços de saúde.[21]

Actualmente, em Portugal, ainda assistimos a processos de empresarialização. Contudo, em 2004 Jorge Varanda, adjunto da Unidade de Missão de Hospitais SA, definia as condições, internas e externas, para o êxito deste processo, as quais, confrontadas com os indicadores actuais, permanecem incontestáveis.

Condições internas de êxito[21,22]:

- Estabilidade de gestão e consistência dos propósitos: permite o planeamento estratégico baseado na evidência, visando a melhoria contínua dos serviços prestados e a viabilidade da organização;
- Redefinição da missão, visão e objectivos organizacionais: envolvimento de todos os colaboradores e da comunidade externa na construção do planeamento estratégico; o utente é o foco e a qualidade do serviço prestado a máxima;
- Liderança empenhada a todos os níveis do processo de transformação: contornando o conflito entre o corpo clínico, administração e população, promovendo a coordenação e cooperação dos vários grupos;
- Promover a monitorização e a avaliação do desempenho global do sistema de gestão: acompanhar as acções operacionais, incentivar a prossecução dos objectivos, recompensar o mérito e aprender com base nos erros;
- Envolver e motivar toda a organização na tomada de decisão, no alcance dos objectivos organizacionais, departamentais e individuais, avaliando, responsabilizando e incentivando;
- Garantir a sustentabilidade financeira da organização sem interferir com os princípios éticos da prestação de cuidados de saúde;
- Atitude pró-activa de todos os profissionais: genuína vontade de melhorar, de aprender, de pensar e de agir.

Condições externas de êxito:[21,22]

- Regulação sistemática do processo de transformação ao mais alto nível por órgãos autónomos, peritos e munidos de autoridade;
- Avaliação do desempenho do sistema de gestão a todos os níveis (sistémico, institucional, departamental e individual);
- Sistema de financiamento do regime de incentivos - premiar o mérito individual, mediante processos de avaliação rigorosos, transparentes e consensuais, legitimando a tomada de decisão e promovendo as boas práticas clínicas;

- Inovação tecnológica e dos cuidados de saúde, promovendo a cooperação inter-institucional evitando o consumo de recursos (materiais e humanos) desnecessários;

- Melhoria/implementação de sistemas de informação de apoio à gestão, capazes de concentrar dados e indicadores consistentes e fiáveis e relevantes para fundamentar o planeamento estratégico;

- Cooperação intra-institucional, com impacto no poder de negociação com fornecedores (material, medicamentos e etc.), reduzindo a despesa orçamental e controlando o desperdício;

- Implementação de sistemas de acreditação e consequentes processos de auditoria e controlo de qualidade.

Perante estas condições, depreendemos que o sucesso da empresarialização depende do êxito dos sistemas de gestão implementados, a sobrevivência e a sustentabilidade das organizações hospitalares depende da implementação de um processo contínuo (planear, monitorizar e avaliar), o qual promove o melhoramento da estrutura, a reorganização dos processos e a garantia de resultados de excelência.

Segundo o Gabinete Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, disponibilizado em 2010, o fenómeno da empresarialização dos hospitais públicos Portugueses não introduziu alterações significativas no modelo de gestão hospitalar tradicional. A nova iniciativa política promoveu apenas uma maior agilidade na contracção de recursos humanos e na negociação de bens e serviços derivados da autonomia concedida às organizações hospitalares. Muito aquém das expectativas, fica a mudança de postura relativamente ao essencial: o interesse e satisfação dos utentes, a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde prestados e padrões de desempenho excelentes.[22]

Garantir o sucesso do modelo de gestão empresarial hospitalar será continuar a permitir a flexibilização interna das organizações hospitalares para que respondam prontamente às mudanças (demográficas, epidemiológicas e etc.), com diferentes exigências de recursos (materiais e humanos) orientadas para o seu objectivo último: a excelência da assistência e dos cuidados de saúde prestados.

2.4. Organização Hospitalar

Uma organização do sector da saúde tem características muito próprias, sobretudo porque fornece um serviço único: salvaguardar o bem-estar e a saúde de todos.
Como tal, não pode levianamente ser encarada como uma organização genérica, pois tem especificidades muito próprias: não deve ter demasiada burocracia nem deve ser demasiado focado na competitividade. Deve sim, primar pela eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Entre várias definições de Hospital que podemos encontrar, destacamos a definição apresentada pelo Ministério da Saúde: *"Um hospital é um estabelecimento de saúde (com serviços diferenciados), dotado de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica."*

Desta definição imediatamente verificamos a complexidade das organizações hospitalares com impacto, primeiramente na prestação de cuidados de saúde mas, também, no sector económico e social.
A sua complexidade está directamente associada aos multiserviços que presta, à quantidade e diversidade de recursos humanos que necessita e as características sensíveis e únicas dos serviços prestados.

Como fora já referido anteriormente, os Hospitais podem ser classificados segundo vários critérios: área de actuação, número de especialidades, regime jurídico, regime de propriedade / origem de financiamento entre outros.

Actualmente, existem em Portugal dois grandes grupos de hospitais, relativamente ao regime jurídico: os Hospitais com Entidade Pública Empresarial (EPE) e os Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA).[12] No entanto, convêm realçar, que todos os hospitais pertencentes ao SNS são públicos.
Em 2005, criou-se o estatuto de Hospitais EPE, que integrava aproximadamente metade dos hospitais públicos existentes em Portugal.[18] Este grupo de hospitais deriva da transformação de trinta e um hospitais SA, resultantes do primeiro processo de empresarialização dos hospitais, em hospitais EPE.[17]

Os Hospitais EPE são propriedade do Estado, e aquando da sua criação, foi-lhes atribuída alguma autonomia de gestão, relativamente ao capital financeiro, pessoas e negociação dos preços de aquisição de bens e serviços. A criação de hospitais EPE tinha como objectivos principais melhorar a viabilidade organizacional, estabelecer a responsabilização descentralizada, melhorar a eficiência e a eficácia e reduzir custos. As principais diferenças, comparativamente aos hospitais SPA, os quais são geridos por regras de gestão da Administração Pública, assentavam na contratação de pessoal (contratos individuais) e na aplicação de incentivos institucionais por bom desempenho e produtividade.[17,18] Actualmente, com a recente legislação publicada (Lei dos Compromissos, Lei n.º 8/2012 de 21 de Fevereiro), a autonomia de gestão inicialmente cedida aos Hospitais EPE tem vindo a ser retirada progressivamente, numa tentativa estratégica de consolidação orçamental o que faz desvanecer as diferenças deste grupo de hospitais relativamente aos Hospitais SPA.

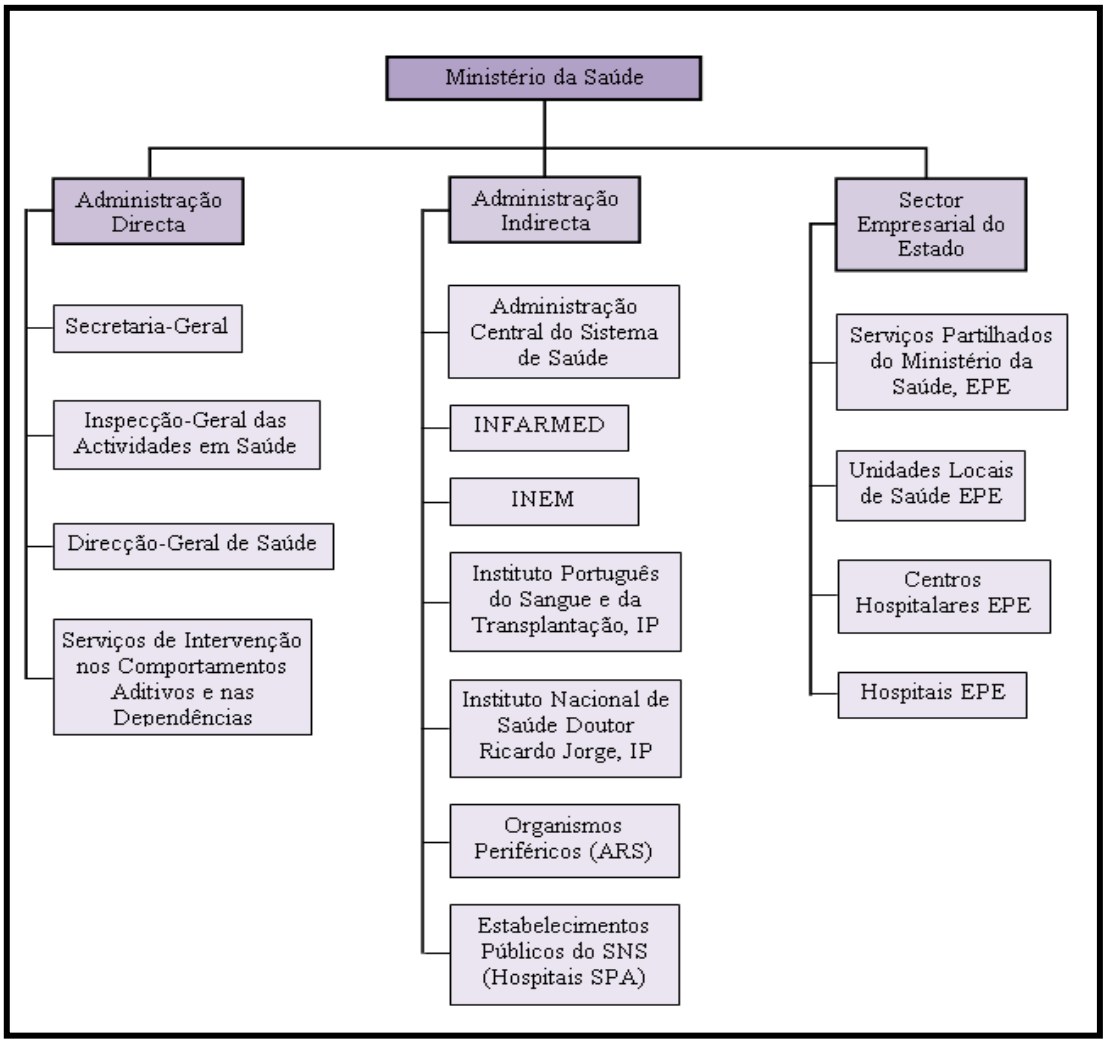


Figura 12 – Organograma do Ministério da Saúde (adaptado de: http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/servicos/organograma.htm, acedido em 30 de Maio de 2012).

O panorama mais recente assenta na criação de parcerias público-privadas (PPP) para construção, gestão e alocação de equipamento em novos hospitais pertencentes ao SNS. Dentro deste novo contexto de hospitais PPP, existem dois grupos de hospitais distintos: os de gestão privada, a qual fica a cargo dos vencedores de concurso público (ex: Hospital de Cascais) e os de gestão clínica pública, a qual fica a cargo do SNS (ex: Hospital de Vila Nova de Gaia).[17]

É importante referir que independentemente do regime de gestão do hospital, não há, ou idealmente não deveria haver, competitividade por doentes. A liberdade de escolha, pelo

utente, continua a ser limitada tendo forçosamente que se dirigir ao Hospital da sua zona de residência (sub-região).[17]

2.4.1. Rede de Referenciação Hospitalar

Introduzimos este parênteses por considerarmos que é relevante para compreendermos melhor, em termos de gestão organizacional, o panorama actual dos hospitais Portugueses, para além, da dificuldade de praticabilidade que as redes de referenciação hospitalar têm associadas.

A ideia subjacente à criação de uma rede de referenciação hospitalar (RRH) é criar um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, orientado segundo os princípios de eficiência e racionalidade, com base na área geodemográfica de intervenção e serviços prestados por cada hospital.[22]

Aprofundemos um pouco mais esta definição:

Uma RRH é um sistema integrado, através do qual se pretende maximizar a articulação e a complementaridade entre os cuidados de saúde primários, outras entidades hospitalares e os cuidados continuados.[22] A complementaridade visa criar sinergias entre as EPCS ao nível técnico e pessoal, maximizando a rentabilidade e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A eficiência das RRH impõe que se assegure, a todos os cidadãos, a prestação de cuidados de saúde de qualidade[22], de modo atempado e evitando o desperdício de meios e recursos.

Uma RRH racional pressupõe que nenhum cidadão seja privado do acesso aos serviços de cuidados de saúde[22], que se concentrem recursos sem interferir com as reais necessidades de saúde da população.

Uma RRH pré-definida com base na área geodemográfica de intervenção parece-nos ser o princípio coerente para se considerar que o planeamento das mesmas deve ter em conta, de acordo com as características demográficas de uma região, a dimensão da rede hospitalar, as especialidades médicas cruciais e os meios técnicos adequados, nunca sem considerar as reais condições económicas da população e factores da envolvente contextual, como por exemplo, as estradas, os meios de transporte e etc..[22]

Baseada nos serviços prestados por cada hospital, a RRH deve assegurar que, independentemente, de determinado hospital não dispor de todos os meios técnicos e recursos humanos especializados, toda a região de referenciação deve salvaguardar que pelo menos os cuidados de saúde cruciais para a população que contempla estejam disponíveis.[22]

Em suma, para que a RRH antiga os objectivos propostos, o seu planeamento deve ter em conta diversos princípios orientadores, dos quais destacamos:

- Redes construídas de forma estruturada segundo as reais necessidades da população;
- Máxima uniformidade da RRH entre hospitais, evitando a dispersão de doentes, a rivalidade entre as instituições e incentivando a colaboração entre os profissionais das diferentes instituições;
- Integrar a RRH numa visão de Rede Nacional, com sistema de informação e comunicação simples, eficiente e compatível;
- A real capacidade de resposta das instituições que integram determinada região de referenciação tendo em conta alterações dos cenários demográficos ou episódios de catástrofes ambientais, epidemiológicas e etc..

De acordo com o parecer do Gabinete Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, disponibilizado em 2010, a publicação das actuais RRH em Portugal, foi baseada em patologias ou nas especialidades médicas. Estes critérios dificultam o alcance do objectivo pretendido com a implementação de uma RRH global. Em vez disso, a multiplicidade de RRH, promove a dispersão dos doentes e dos profissionais de saúde, originando resultados negativos em termos de acção coordenada entre os diferentes EPCS, não garantindo a responsabilidade integrada dos doentes.

Não sendo nosso objectivo criticar o processo de implementação das RRH em Portugal e o seu actual delineamento, todas as barreiras à praticabilidade do conceito de rede, são devidas à falta de complementaridade, rivalidades regionais e concorrência metafórica entre EPCS.
O que se pretende com as RRH é que os EPCS estabeleçam planos de acções coordenadas e sinergias entre eles de modo a favorecer a partilha de recursos (materiais e humanos), conhecimento e relacionamento, resultando em benefício para o doente mas também, para as instituições que ao promoverem a acção coordenada de cuidados partilhados, promovem a optimização de todas as dimensões e tempos de prestação de cuidados de saúde.

3. Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão

Este capítulo é, no fundo, o culminar da parte descritiva desta dissertação. Aqui será apresentada a importância dos sistemas de gestão, o seu contributo nos resultados e a sua avaliação como sendo uma ferramenta essencial ao sucesso dos sistemas de gestão.
Pretende-se assim estruturar a base teórica para o Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG) a ser desenhado e implementado no Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E..

3.1. Sistemas de Gestão

Ao longo desta dissertação temos vindo a referir-nos, sucessivamente, ao que se poderia designar por "sistema de gestão", pelo que se torna relevante esclarecer este conceito. Recorrendo à definição apresentada na ISO 9000:2000 um sistema de gestão é:
"um sistema para o estabelecimento da política e dos objectivos e para a concretização desses objectivos."
Esta curta definição resume a grande importância dos sistemas de gestão. Estes devem ser encarados como instrumentos que auxiliam na definição do propósito (missão) e dos objectivos da organização, na alocação de meios (recursos) necessários para alcançar esses mesmo objectivos, de modo a concentrar tudo e todos no que é essencial para a transformação, para a evolução da organização e para a concretização dos desafios.[23]

É extremamente importante que durante o desenvolvimento, implementação e monitorização do sistema de gestão se tenha sempre presente a sua definição e o porquê da sua existência.[23] Só assim não correremos o risco de desviar atenção para o que não é importante, gastando recursos e tempo e perdendo motivação.

A implementação de um sistema de gestão pressupõe uma mudança interna da organização. A organização irá dirigir-se para o destino desejado com os resultados desejados na declaração do sucesso desejado. Nesta perspectiva, devemos começar por definir o futuro, onde queremos estar no futuro, que tipo de organização queremos ser no futuro.[23] Só quando estas questões são analisadas, se torna possível elaborar a política de gestão, a qual, por sua vez, se desdobrará em objectivos, claros e orientados, constituindo os desafios que pretendemos vencer, aumentando a probabilidade de sucesso.

A motivação para se desenvolverem e implementarem sistemas de gestão deverá sempre resultar de uma genuína vontade e capacidade de melhorar e controlar processos e de obter resultados. Ser constantemente proactivo, tendo sempre presente que a melhoria e a mudança são processos contínuos (*a living program – as the English say!)*, devido às alterações que vão surgindo, quer ao nível interno da organização quer na sua envolvente contextual e transaccional.

Após definirmos qual o propósito do sistema de gestão, ou seja, para onde nos queremos dirigir, devemos comunicá-lo a todos os intervenientes do sistema para que todos se sintam envolvidos na definição dos objectivos e motivados para atingir resultados.[23]
De notar que é extremamente importante que para além de se definir o futuro, as organizações devem ter a noção exacta do panorama actual, saberem onde estão hoje para decidirem qual o caminho a escolher para chegarem ao "onde querem estar amanhã?".[23] Conhecer uma organização a fundo nas várias vertentes, financeira, processos, serviços/produtos, recursos e etc. começará por ser um dos primeiros grandes desafios da gestão de topo na elaboração do sistema de gestão.[23] Este conhecimento é conseguido através de processos de avaliação, sendo esta uma das razões porque os processos de gestão devem ser periodicamente avaliados e redesenhados se necessário.
A utilização de um SADG constitui um dos meios fundamentais para que a organização possua a consciência fundamentada se as mudanças implementadas na prossecução dos objectivos definidos estão a traduzir os resultados esperados.

3.2. Avaliação dos Sistemas de Gestão

Avaliar é algo que fazemos diariamente na nossa vida, avaliamos preços no supermercado, avaliamos a nossa saúde, avaliamos propostas de emprego. A avaliação permite-nos não só, perceber o ponto da situação mas também tomar decisões fundamentadas.

Uma vez desenhado e implementado o sistema de gestão, as organizações devem, recorrentemente, avaliá-lo assim como aos seus intervenientes. Só assim é possível verificar se a estratégia adoptada para atingir os resultados desejados está a resultar e responsabilizar os executores, premiando pelos resultados obtidos.[23] Estabelecer mecanismos que possibilitem se a organização está ou não próxima do futuro desejado constitui o pilar "*check"* de entre quatro pilares de um sistema de gestão (*plan, do, check, act* – Ciclo de Deming*)*. Trata-se pois de um

mecanismo de *feedback,* através do qual a gestão de topo pode implementar as alterações (melhorias) necessárias em resposta à lacuna existente entre os resultados obtidos e os resultados desejados.

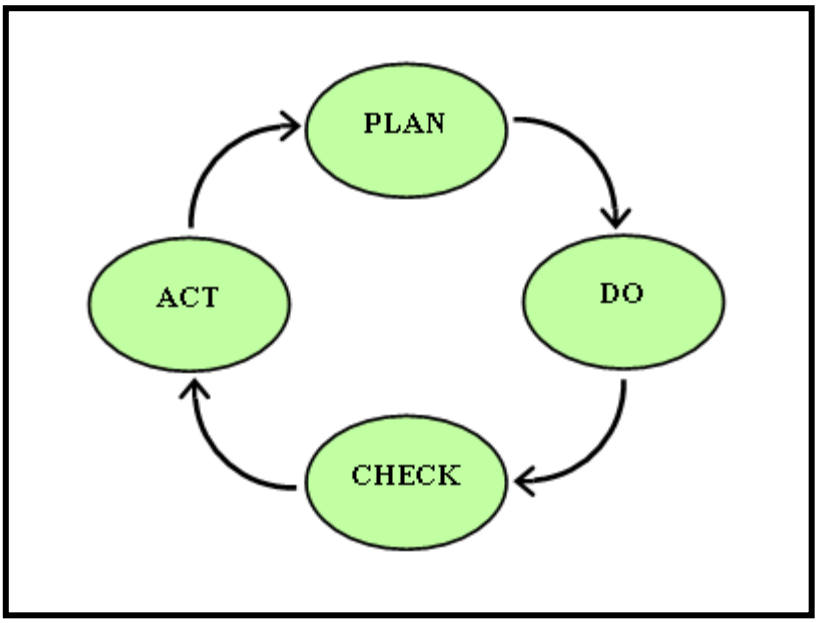


Figura 13 – Ciclo de *Deming*.[23]

A avaliação do desempenho dos sistemas de gestão só é possível se os objectivos estratégicos forem traduzidos em indicadores mensuráveis associados a metas realistas, e as iniciativas estratégicas associadas a planos de acção (iniciativas operacionais) que nos permitam obter *feedback* das melhorias implementadas. Só assim se controla a evolução das iniciativas implementadas e assegura que as acções visam promover a transformação da organização no alcance do desempenho futuro desejado.[23]

Devemos encarar o nível de desempenho dos sistemas de gestão, não como um resultado mas sim como a ferramenta que retrata a realidade da organização. O desempenho de uma organização é o desempenho do seu sistema de gestão, inter-relacionando as suas variadas componentes: máquinas, pessoas e informação, entre outras.[23]

O problema da maioria das organizações é o continuarem debruçadas sobre uma gestão correctiva ao invés de uma gestão preventiva, que incida sobre as causas do desempenho demonstrado pelos resultados obtidos. Se não monitorizarmos o nível do desempenho não é possível tomarmos decisões para intervir ou reformular o sistema de gestão.

Como foi já referido é importante que a Gestão de topo, ao (re)formular o sistema de gestão, tenha um conhecimento detalhado sobre todos os processos que constituem a organização. Só assim, é possível, através do mapeamento de processos, definir o propósito desse processo, associar um indicador mensurável, monitorizá-lo com base nos resultados dos indicadores e estabelecer as metas de desempenho para o mesmo.[23]
Um modelo de avaliação baseado nos processos, numa vertente de gestão preventiva, promove a rapidez do redimensionamento e flexibilização de todo o fluxo de processos de uma organização conduzindo a uma melhor racionalização de custos e à melhoria contínua do desempenho.

Com o sistema de avaliação do desempenho pretendemos assegurar que seja possível antecipar os resultados das medidas a adoptar e avaliar a sua realização de forma a aprender com a experiência (melhoria continua/ gestão preventiva). Para tal, necessitamos de reunir a informação (indicadores de desempenho do BSC) necessária, de modo a obtermos uma base teórica sobre a mais-valia da medida adoptada face a outras alternativas (importância de utilização do AHP).[13]

3.3. Mapeamento de Processos

Todas as organizações executam actividades/funções que produzem resultados na forma de produtos e/ou serviços. A este conjunto de funcionamento denominamos processos organizacionais que, de forma integrada, promovem uma base para a prática da melhoria contínua.[24]
Antes de iniciarmos a construção de um Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG) devemos descrever os processos organizacionais actuais de modo a decidir sobre a sua adequabilidade para a prossecução dos objectivos, declarados formalmente pela Gestão de topo, ou implícitos.

O mapeamento de processos é uma metodologia específica de análise que visa clarificar a visão, a interpretação sobre o desempenho actual e influenciar o desempenho futuro da organização.[23] De acordo com as normas de qualidade ISO, o mapeamento de processos deve ser desenhado como um modelo funcional que descreva a interface entre os processos organizacionais, o qual nos permitirá estudar que melhorias devemos realizar, em que processo(s) e os seus intervenientes.[23]

Os processos são a entidade base do mapeamento de processos, envolvendo pessoas, equipamentos, informação e transformam entradas em saídas; são por isso considerados uma acção.[23, 24]

Os processos devem ser bem identificados e caracterizados de modo a ilustrarem a realidade da organização em estudo. A sua caracterização deve evidenciar as suas fronteiras, onde começa, o que desencadeia, onde termina e o seu resultado. Sendo um fluxo de actividades transversal à hierarquia organizacional, um processo é realizado com o objectivo de cumprir um propósito, gerar um resultado.

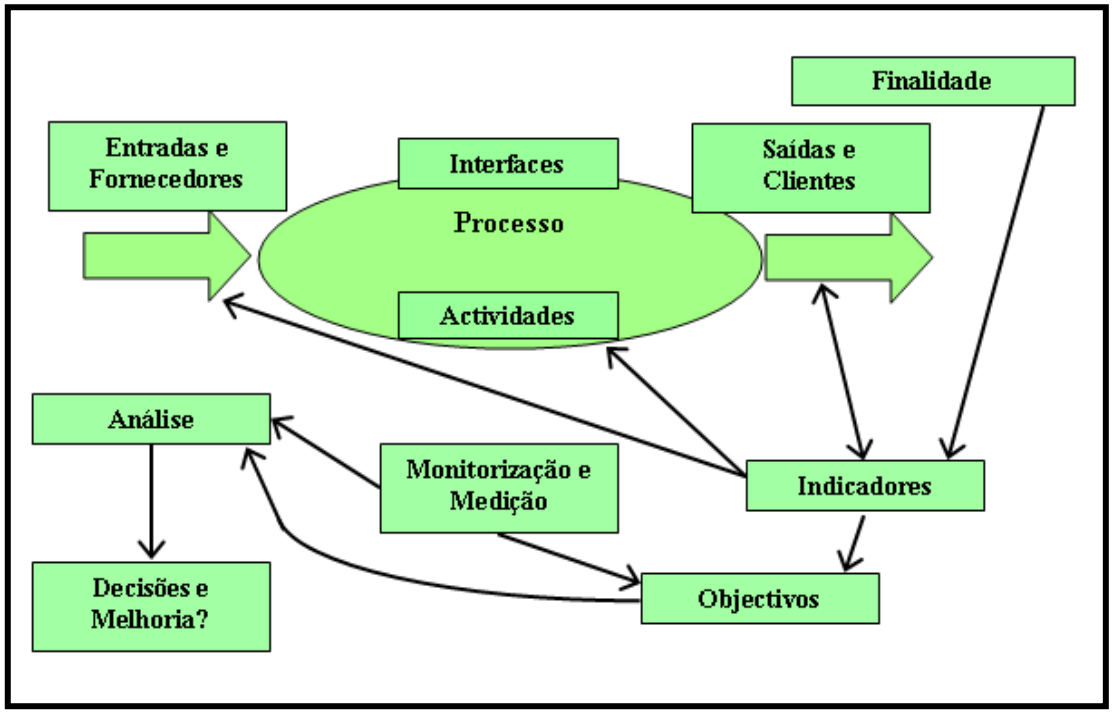


Figura 14 – Caracterização de um processo.[23]

A abordagem por processos deve começar por espelhar a visão geral (macro) dos principais processos organizacionais – macroprocessos – que serão decompostos em processos os quais têm associados sequências lógicas de actividades sucessivamente dependentes.[24]

A nomeação dos processos deve ilustrar a sua razão de existir e a sua finalidade, as actividades, transformam entradas em saídas, devem ser encaradas como instrumentos convergentes para concretizar a finalidade dos processos.[23]

Sendo o objectivo do mapeamento de processos, a constituição de uma base documental para a prática da melhoria contínua na busca dos resultados de excelência, devem ser permanentemente actualizados, implementando rotinas de monitorização e avaliação

contínuas. Um processo é avaliado pela sua capacidade de cumprir o seu propósito, sendo necessário a definição de indicadores de desempenho que o demonstrem. Estes indicadores de desempenho dos processos são indicadores operacionais, distintos dos indicadores estratégicos definidos num BSC. Os indicadores operacionais são definidos para permitir medir (controlar) a eficácia e a eficiência dos processos. Para todos os processos deve existir um responsável, transfuncional à hierarquia da organização, o qual é nomeado para responder pelo desempenho do processo.[23, 24]

O mapeamento de processos contribui para um modelo de gestão integrado, focado em resultados e interligado com os objectivos estratégicos da organização. Documentar os processos bem caracterizados de uma organização facilita a divulgação de informação para todos os intervenientes, racionaliza a utilização de recursos (materiais, humanos e financeiros), promove a melhoria operacional e a adaptação a alterações internas e/ou externas.[24]

Melhorar o desempenho do sistema de gestão, significa melhorar o desempenho da organização e requer investimento nos processos a melhorar. Quais os processos críticos a melhorar, será a resposta que iremos obter através da análise dos indicadores. No mapeamento de processos estabelecem-se regras de monitorização e medição dos indicadores permitindo a tomada de decisão – o que melhorar, onde melhorar, quem necessita de melhorar. Toda esta informação deve estar organizada no mapa de processos, facilitando a comunicação e a divulgação da informação.

3.4. Sistemas de Avaliação do Desempenho da Gestão nas Organizações Hospitalares

A avaliação do desempenho e a tomada de decisão sustentada é cada vez mais importante na gestão de qualquer organização independentemente do seu cariz lucrativo ou tipo de negócio.
No sector da saúde pública, no qual os gastos superam em larga escala as receitas geradas, comprometendo deste modo a qualidade dos serviços prestados à comunidade, urge institucionalizar o conceito de melhoria contínua do desempenho.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os principais instrumentos de governação da saúde são, ou no limite, deveriam ser:[13]
1- Formulação das políticas da saúde, criando uma "visão" e definido uma "direcção" – coordenação, monitorização e consultoria;

2 – O exercício de influência – sistema de incentivos;

3- A gestão – regulação e contratualização;

4 – A recolha e a utilização de informação – diálogo, conhecimento e comunicação;

5 – Os recursos – financiamento.

Recorrendo a análise dos instrumentos de governação acima descritos, rapidamente verificamos a sua total convergência com as metodologias apresentadas no primeiro capítulo, as quais integram o SADG desenhado para o Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E..

Dissecando ponto a ponto estes instrumentos de governação de saúde:

- Verifica-se, no ponto 1, a utilidade do BSC como metodologia de apoio à gestão, o qual permite clarificar e operacionalizar a visão da organização (onde queremos chegar?) e a sua estratégia associada a objectivos mensuráveis (como lá chegar?). Como tal, o BSC necessita de ser construído (desenhado) de forma consciente sobre um número reduzido de indicadores críticos que foquem a atenção da Gestão de topo no que é essencial para o alcance do desempenho futuro desejado, alinhando as acções (melhoria dos processos) com a estratégia da organização;

- O sistema de incentivos referido no ponto 2, remete para a mais-valia de utilização da metodologia MMC, uma vez que este é baseado em funções matemáticas que traduzem a proporcionalidade percepcionada por cada gestor entre esforço requerido da sua parte para atingir as metas definidas (métricas) e os resultados conseguidos (mérito reconhecido), ou a eficácia dos esforços empreendidos na prossecução dos objectivos estratégicos da organização. A avaliação do esforço ou mérito, individual e/ou colectivo, demonstrado pelo MMC deverá influenciar comportamentos, motivar e responsabilizar todos os intervenientes nos processos organizacionais que contribuem para o alcance do desempenho futuro desejado, premiando, os executores, pelos resultados obtidos;

- A gestão da maioria dos hospitais públicos em Portugal, devido à empresarialização, tem um carácter misto, dispondo de uma certa autonomia para contratação de pessoal e serviços mas restringida pelo orçamento concedido pelo Estado. A restrição orçamental é sinónimo, recorrentemente, de desincentivo à melhoria e eficiência. A regulação da gestão é necessária para manter a sustentabilidade económica-financeira do SNS e assim garantir a acessibilidade de todos aos melhores cuidados de saúde. A crise mundial instalada e as alterações constantes das necessidades e exigências da população tornam a gestão hospitalar um exercício de permanente avaliação e melhoria de desempenho a que todos os intervenientes estão obrigados,

de modo a promover a oferta de serviços diferenciados e a satisfação dos clientes. Por tudo isto, a construção de um SADG torna-se extremamente útil para as organizações hospitalares;

- O ponto 4 remete para a importância da informação, desde a recolha à utilização. As organizações hospitalares são complexas e como tal, têm um manancial de informação. Um qualquer sistema de gestão irá promover a recolha organizada de informação bem como utilizá-la para dar conhecimento do desempenho actual da organização, promover o diálogo fundamentado e transparente em todos os sentidos da estrutura hierárquica e comunicar objectivamente dentro da organização e desta para o exterior. A integração num mesmo SADG das metodologias BSC e AHP acarreta uma mais-valia. Por um lado, o BSC promove a concentração apenas no que é essencial para o sucesso; tudo o mais é gasto de recursos. Só se recolhe e utiliza informação valiosa, capaz de tornar a tomada de decisão bastante mais célere. O AHP, por seu turno, reúne a informação recolhida dos indicadores do BSC e classifica e prioriza entre várias alternativas e/ou soluções possíveis para melhoria de processos, tendo em conta as preferências de todos (de acordo com o conhecimento da informação), tornando o processo decisional fundamentado. O AHP ajudará a decidir qual o melhor caminho, qual a melhor alternativa para que as organizações hospitalares alcancem o sucesso. O mapeamento de processos realizado antes da construção do SADG, espelha o desempenho actual e obriga, também, a decidir quais os processos críticos para o desempenho futuro desejado sendo uma excelente ferramenta de comunicação e conhecimento da informação. Uma abordagem à tomada de decisão baseada em factos obriga a conhecer, a diagnosticar informação importante e valiosa para concentrar a actuação nos locais críticos e necessários de modo a melhorar o sistema;
- O ponto 5 sintetiza a importância do desempenho da gestão. O SADG irá permitir a prática de uma gestão preventiva, promovendo a rapidez do redimensionamento e flexibilização de todo o fluxo de processo da organização. Nesta perspectiva, há concentração e optimização de recursos (materiais e humanos) conduzindo a uma melhor racionalização de custos e prática da melhoria contínua do desempenho. Através da relação causa-efeito entre as quatro perspectivas do BSC é notório que se as organizações desenvolverem iniciativas estratégicas de forma a inovar, crescer, melhorar continuamente os processos internos e promover a satisfação dos clientes, o retorno financeiro será uma realidade. Os quatro pilares do BSC devem caminhar em harmonia, "rompendo" com a gestão tradicional focada somente nos resultados financeiros. Deste modo, a restrição orçamental que as organizações hospitalares enfrentam não pode, de todo, fazer desvanecer a motivação para melhorar e ser-se eficiente.

Os instrumentos de governação devem ser assumidos numa postura de "comando e controlo" sobre os resultados obtidos pelas organizações.

A ideia da "Nova Gestão Pública" é uma mais-valia para modernizar a administração pública na saúde. Esta nova perspectiva defende o enfoque no utente e na eficiência.[13]

A consecutiva redução do financiamento hospitalar em consequência da crise económica, começarão, provavelmente, a produzir um impacto negativo nos indicadores de saúde, apesar de se pretender preservar o SNS e continuar a garantir os níveis de acessibilidade e de qualidade.
O acesso a cuidados de saúde de qualidade é o ponto crítico do sistema de saúde pelo que deverá ganhar cada vez mais destaque nos seus objectivos de alto nível.
Para que as EPCS pertencentes ao SNS continuem a oferecer aos utentes serviços e cuidados de saúde de qualidade, contornando os efeitos da restrição orçamental, é necessário que todos os intervenientes destas organizações concentrem forças e se foquem no que é essencial para a melhoria do desempenho destas a curto, mas também a médio e a longo prazo.

A chave do sucesso depende da implementação de processos de monitorização e avaliação de resultados estrategicamente delineados, que orientem o caminho escolhido até ao nível de resultados expectáveis, os quais contribuirão para melhorar a qualidade do acesso aos cuidados de saúde prestados pelas organizações pertencentes ao SNS traduzindo a satisfação dos seus utentes.

4. Caracterização do sistema em estudo

Como já vem sendo referido nos capítulos anteriores o objecto de estudo desta dissertação é um Serviço de prestação de cuidados de saúde inserido num hospital público Português, mais concretamente o Serviço de Medicina Nuclear (SMN) integrado no Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO), em Almada.
Apenas por uma lógica hierárquica descrevemos o HGO em primeiro lugar, e só depois o SMN.

4.1. Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

O Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO, E.P.E) iniciou a sua actividade em 1991. Com mais de vinte anos de funcionamento, teve até 2008, uma população de referência de cerca de 400.000 habitantes distribuídos pelos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra (INE, 2008). Actualmente, a população de referência do HGO é cerca de 408.000 habitantes. (INE, Censos 2011).

Inicialmente o HGO e em continuidade com o antigo hospital da cidade que lhe deu origem, classificava-se na categoria de hospital distrital de Almada.
Em 2003, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação, foi classificado como Hospital Central, o único na margem sul do Tejo. A oferta hospitalar, diferenciada em várias especialidades e serviços de referência, faz com que a sua zona de influência extravase, largamente, os três concelhos supra referidos, estendendo-se a toda a Península de Setúbal, nomeadamente nas áreas de especialidade de Neonatologia e Neurocirurgia. Como a zona de influência do HGO, inclui zonas balneares de grande extensão, sofre um aumento significativo de população, com maior incidência nos meses de Verão, circunstância que se reflecte, inevitavelmente, no crescente movimento assistencial do HGO, nomeadamente, no Serviço de Urgência.
O HGO pertence, desde 2006, ao grupo dos 33 hospitais EPE´s existentes em Portugal.

A lotação actual do HGO é de 585 camas distribuídas pelos diversos serviços clínicos, e dispõe de cerca de 2500 colaboradores entre médicos, enfermeiros, auxiliares, administradores e gestores, entre outros.

Como consequência do desenvolvimento do HGO e com a preocupação constante de responder às necessidades assistenciais da população que serve, têm-se vindo a desenvolver serviços inovadores, que melhoram a complementaridade e aumentam a diferenciação da instituição.

No plano estratégico definido para o triénio 2010-2012[26], pode ler-se "a evolução complexa do contexto socioeconómico e a actividade pouco sustentada do HGO aconselham a que se repense a organização do trabalho e o modelo de gestão, tendo em vista a melhoria da eficiência e em consequência da sua sustentabilidade", o que constitui uma forte motivação para desenvolver e implementar um projecto de SADG.
No mesmo documento, pode ler-se, ainda, a declaração da Missão, da Visão, dos Valores e das Estratégias definidas pela Administração do HGO, enaltecendo a qualidade e a eficiência do serviço prestado, a melhoria contínua, e o utente como elemento principal do seu plano estratégico.

Missão: "O HGO tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra, (…), de acordo com o contrato celebrado com o Ministério da Saúde e regras de contratualização com Subsistemas de Saúde. (…)"

Visão: "O HGO pretende continuar a afirmar-se como instituição de referência, aumentar as áreas de excelência e consolidar a prestação de cuidados de qualidade e em ambiente organizado, aumentar a sustentabilidade e a acessibilidade, bem como, a satisfação de colaboradores e utentes."

Valores: No desenvolvimento da sua actividade, o HGO e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:
- *Cultura de prestação de serviço público;*
- *Colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde;*
- *Observância de padrões de ética no exercício da actividade hospitalar;*
- *Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde;*
- *Promoção da organização;*
- *Cultura e promoção da qualidade;*
- *Conservação do património e protecção do meio ambiente, e;*
- *Eficiência na utilização dos recursos.*

Analisando os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças do desenvolvimento de uma actividade sustentável, bem como da definição da missão e da visão, o HGO E.P.E. considera essencial a definição dos seguintes vectores estratégicos:

1. *Melhorar a qualidade do atendimento e dos cuidados prestados;*

   Motivação: Reduzir o índice de reclamações, em especial as reclamações relativas ao serviço de urgência. Procurar-se-á avaliar a satisfação e identificar as oportunidades de melhoria do atendimento. Pretende-se promover, ainda, comportamentos de melhoria contínua orientada por resultados, nomeadamente, com respeito à adopção de boas práticas, implementação de auditorias clínica e de risco clínico. Deste modo é necessário desenvolver e implementar sistemas de avaliação constantes aos resultados e compará-los com hospitais homólogos (*benchmarking*). Para tal torna-se necessário implementar uma cultura de notificação sistemática e global de erros, incidentes e efeitos adversos, sua discussão e tomada de medidas correctivas e preventivas, motores de motivação e retenção de colaboradores, promovendo a formação e investigação e melhorar os sistemas de informação disponíveis, integrando-os e promovendo a sua acessibilidade numa cultura de "*paper less"*, tornando os processos assistenciais mais céleres e minimizando a perda/troca de informação clínica.

2. *Melhorar a acessibilidade;*

   Motivação: Reduzir as listas de espera elevadas de consulta externa e cirurgia. Procurar-se-á melhorar a articulação entre o HGO e os cuidados de saúde primários em diversas vertentes, de modo a aumentar o acesso de doentes provenientes dos Centros de Saúde, criar formas alternativas à urgência de acesso a cuidados de saúde, melhorar a referenciação de doentes crónicos aos cuidados primários e analisar a viabilidade de formas de partilha e acesso comum e recíproco à informação clínica dos doentes. No campo dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), o HGO pretende rentabilizar a capacidade instalada e disponibilizar a utilização pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da capacidade restante. Pretende-se acordar com ACES, promovendo a descentralização do atendimento dos utentes do HGO, diminuir a realização de exames no exterior com a colaboração dos ACES.

3. *Melhorar a organização e o modelo de gestão;*

   Motivação: Agilizar o modelo de organização e gestão através de uma estrutura com menos centros de decisão, maior descentralização de poderes e responsabilidades, maior

concentração e partilha de meios, maior responsabilização e gestão por objectivos. As modificações deverão ser orientadas para ganhos de eficiência e qualidade e suportadas num modelo de contratualização interna mais eficaz, da assumpção de compromissos efectivos, disseminação de objectivos, maior participação e envolvimento dos profissionais na organização e gestão. A criação de Centros de Responsabilidade (CR) será o modelo mais adequado a este contexto. Com a implementação dos CR pretende-se:

- Potenciar os ganhos de eficiência através da participação dos colaboradores nos resultados, despoletando o empenho de todos nas actividades geradoras de ganhos de eficiência;
- Maximizar as receitas e a redução de despesas, prevendo-se que uma parte dos ganhos seja distribuída às equipas e aos colaboradores a título de incentivo pelo bom desempenho.

Para que seja possível a aferição de resultados torna-se necessário identificar em todos os CR e serviços oportunidades de melhoria nos processos assistenciais mais críticos. Neste sentido será necessário não só cultivar comportamentos de melhoria contínua bem como, melhorar os sistemas de informação de gestão que fornecerão informação útil para o apoio à decisão aos vários níveis da gestão.

4. Aumentar a eficiência e a sustentabilidade;

Motivação: Aumentar as receitas provenientes da actividade assistencial e diminuir as despesas de modo a promover a sustentabilidade do HGO e impulsionar a manutenção e o desenvolvimento da sua actividade. Para concretização deste objectivo, o HGO definiu as seguintes linhas de acção:

- Reduzir custos com o internamento: diminuir os tempos médios de internamento, contribuirá para encurtar a capacidade global da área cirúrgica a par com a diminuição gradual do tempo de internamento e aumento da taxa de ambulatorização.
- Aumentar a actividade assistencial cirúrgica: aumento e maior rentabilização dos tempos operatórios, bem como, aumento da taxa de ambulatorização, acompanhando as práticas em hospitais homólogos.
- Aumentar a actividade em consulta externa, designadamente, pelos Centros de Saúde.
- Aumentar o número de doentes referenciados da urgência para a continuidade de cuidados na consulta, bem como para hospitais de dia, de forma a reduzir a afluência ao Serviço de Urgência. Será necessário rever o desdobramento em consultas de subespecialidades e implementar iniciativas que reduzam o absentismo, a taxa de desmarcação de consulta e as listas de espera.

- Reduzir a despesa com pessoal, bens de consumo, serviços e subcontratos: com base numa gestão preventiva, o HGO, prevê uma redução gradual de efectivos e de trabalho extraordinário. Prevê-se que reduzir o consumo de medicamentos e material clínico não será possível uma vez que o Hospital necessita de aumentar a sua actividade de modo a contornar a situação económica-financeira. No entanto prevê-se que a proporção entre o aumento da actividade e consumo não seja de todo proporcional, pretende-se que a taxa de aumento da actividade assistencial seja superior à taxa de consumo. Para que tal resultado seja alcançado terão que ser impostas medidas de racionalização. O HGO, só poderá aceitar o acesso de doentes com patologias onerosas desde que pertencentes à sua área de influência ou de acordo com redes de referência instituídas. O HGO tentará melhores condições de negociação da aquisição de bens e serviços e diminuir a realização de exames no exterior.
- Aumentar a produtividade global: através da implementação de medidas de organização e estímulo de práticas mais eficientes, bem como, de informatização da área clínica.

5. Melhorar as infra-estruturas assistenciais.

Nesta perspectiva foram definidas as seguintes linhas de acção:
- Novo edifício de ambulatório: o crescimento das actividades de ambulatório satura e perturba o funcionamento dos serviços e leva à dispersão de actividades, pelo que se torna imperioso, ampliar o HGO, concentrando num único edifício a consulta externa e o hospital de dia.
- Remodelação do edifício principal: ampliação do Bloco Operatório Central, que se deslocará para salas com condições técnicas apropriadas, permitindo a sua expansão. Com definição de novo *layout*, permitirá concentrar actividades e optimizar recursos médicos.
- Obras de beneficiação: estão definidas um conjunto de pequenas obras de beneficiação referentes aos diferentes Serviços que integram o HGO, nomeadamente, obras no Serviço de Medicina Nuclear.
- Renovar o parque tecnológico do hospital: no que se insere a necessidade de renovação de quase todo o equipamento de imagiologia, uma vez que o actual expirou o prazo de vida útil e apresenta elevadas frequências de paragens e elevados custos de assistência técnica; instalação de mais uma sala de Angiografia de modo a permitir o aumento de actividade e diminuir a lista de espera de intervenções; aumento da capacidade da rede informática e dos servidores de modo a suportar o projecto de informatização da área clínica.

- Renovar as infra-estruturas gerais do HGO: necessidade de intervenções de melhoria nas infra-estruturas do hospital, como sendo a renovação de elevadores, a geração de energia eléctrica em emergência, renovação da rede de comunicação interna entre outros.

Recentemente, o HGO, recebeu a acreditação internacional pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), encontrando-se actualmente em processo conducente à reacreditação e esperando um aumento do número de serviços com certificação ISO 9000.

No documento "Principais linhas estratégicas (2013/2015)"[27] lançado recentemente pelo HGO, pode "sentir-se" a preocupação constante que a redução da despesa a par com o decréscimo do financiamento hospitalar não sejam sinónimos da diminuição da qualidade e da acessibilidade a cuidados de saúde. Neste documento pode ler-se que por parte da tutela tem sido tomadas algumas medidas com reflexo na despesa e, por parte dos órgãos de gestão têm sido tomadas medidas de racionalização de consumos, negociação de preço e aumentos de produtividade". Estas medidas postas em prática pretendem continuar a melhorar a sustentabilidade do HGO dispondo, para tal, de ferramentas que auxiliem a diminuir o impacto da forte restrição orçamental que as instituições pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrentam. Os vectores estratégicos que são apresentados no plano estratégico para o triénio 2013-2015, permanecem em linha de concordância com os descritos anteriormente para o triénio 2010-2012, facto não surpreendente, uma vez que a crise instalada e a redução do financiamento hospitalar abrandam a execução de obras e substituição de equipamentos entre outros.

4.2. Serviço de Medicina Nuclear

O Serviço de Medicina Nuclear (SMN) inserido no Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO) é o único Serviço público da especialidade a Sul do Tejo e o único da região de Lisboa e Vale do Tejo inserido num Hospital público com Urgência Polivalente e diversas Unidades de Cuidados de Saúde Diferenciados.

Em funções há mais de 16 anos, o SMN dispõe de uma única câmara gama de duplo detector, instalada em 2005, e de uma sonda gama para uso pré-operatório (cirurgia radioguiada), adquirida em 1998[28]. Nesta perspectiva, o SMN, apresenta recursos escassos, em termos de instalações e equipamentos, que se tornam progressivamente limitativos do aumento da capacidade de resposta, sobretudo na valência de Exames Complementares de Diagnóstico em

Câmara Gama, facto que não permite a sua organização em horários de funcionamento alargados e/ou escalas de urgência, nem em presença física nem em prevenção. O SMN procura, no entanto, dar sempre a melhor resposta possível em situações de urgência e internamento, quer ao próprio HGO quer a outras instituições Hospitalares da região. O horário de funcionamento é restringido de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h30.[28]

O SMN integra uma equipa multidisciplinar composta por 19 profissionais, compreendidos entre as categorias de médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais.[30]

Por mês, o SMN recebe, aproximadamente, 300 doentes provenientes das mais diversas especialidades e com as mais diversas idades, desde recém-nascidos a idosos. No SMN, são realizados todos os procedimentos de diagnóstico e terapêutica, integrados nas valências de Diagnóstico em Câmara Gama e Terapêuticas em regime de ambulatório[28] (ver anexo I). Em termos de produtividade clínica, o SMN, tem ao longo dos anos, aumentado o número de exames realizados em Câmara Gama (ver figura 15). Nos anos de 2007 e 2009 apresentou um valor superior ao número da média anual na União Europeia.

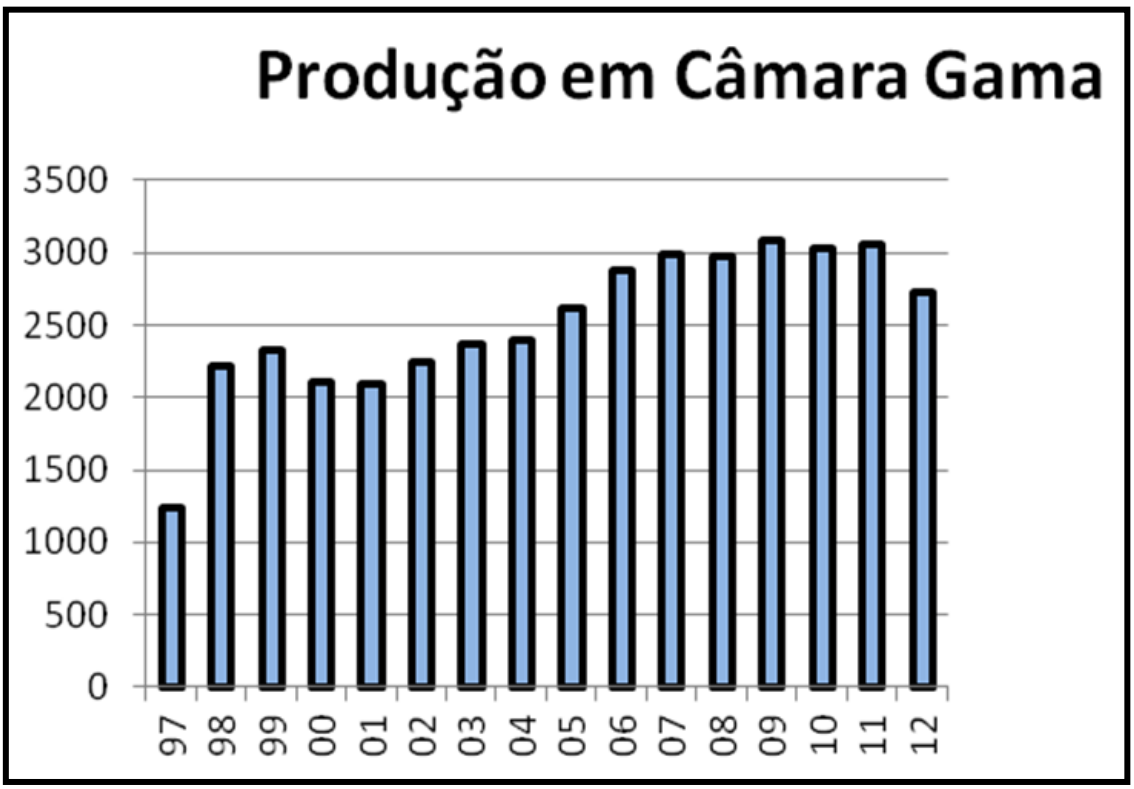


Figura 15 – Gráfico evolutivo demonstrativo da produção clínica do SMN.

O fluxograma (figura 16) que se segue representa o circuito (genérico) de um doente no SMN:

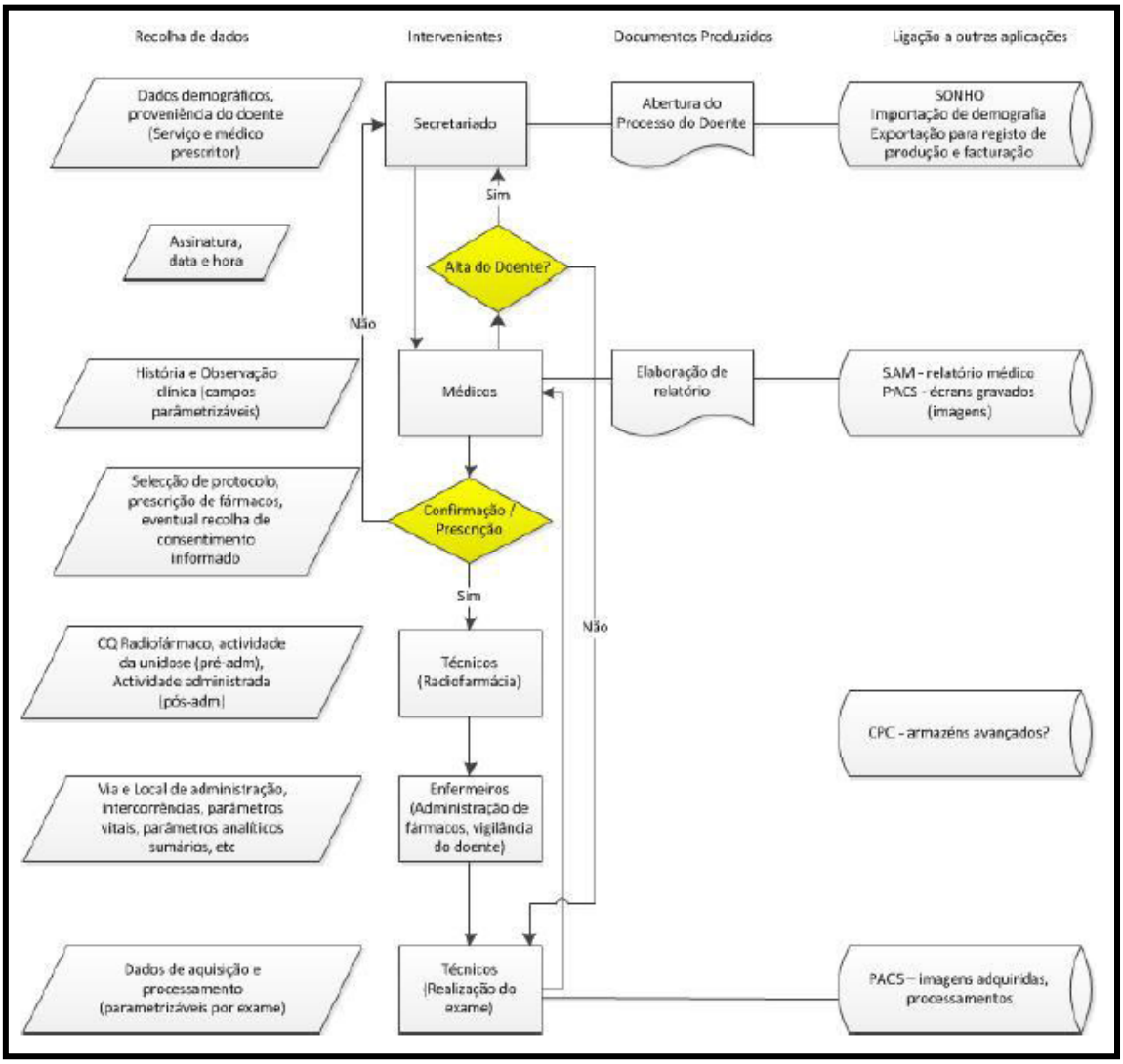


Figura 16 – Fluxograma representativo do circuito genérico do doente na realização de actos clínicos no SMN.[29]

O SMN monitoriza regularmente, indicadores de produtividade em termos de actividade clínica de diagnóstico em câmara gama, mantendo como referência para *Benchmarking* as estatísticas publicadas regularmente pela *European Association of Nuclear Medicine* (EANM), o resultado da actividade clínica diagnóstica e terapêutica, o grau de satisfação dos seus doentes através da realização de inquéritos de satisfação e a sustentabilidade económica do SMN.[28]

Para além da produção clínica, o SMN desenvolve actividades de Internato Médico de Formação Específica de Medicina Nuclear, acolhe estágios de formação Pré e Pós-graduada em colaboração com diversas instituições de ensino, desenvolve programas de formação contínua dos seus colaboradores, actividade científica e articulação com outros Serviços do HGO[28], com vista a optimizar sinergias entre os diversos Serviços do hospital, uma vez que a maioria dos mesmos são solicitadores de exames e/ou terapêuticas ao SMN.

Inserido numa política de qualidade, o SMN, possui um manual de qualidade, onde vigora toda a documentação do Serviço, desde a definição da política, descrições de funções dos diferentes grupos profissionais, protocolos clínicos, protocolos de radioprotecção, entre outros. Este nível de organização e documentação constitui um grande primeiro passo para a noção da importância de se documentar em detalhe, para posteriormente, ser possível avaliar o desempenho dos processos.
Na política do SMN[28], pode ler-se a missão, a visão e os valores do Serviço, em consonância com o definido pelo HGO.

Missão: "Desenvolver a Medicina Nuclear na área de influência do HGO, assegurando cuidados de saúde e promovendo formação e investigação."

Visão: "Ser uma instituição de referência da especialidade de Medicina Nuclear para toda a região Sul do País e a nível nacional para as subespecialidades de Pediatria Nuclear e Nefrologia Nuclear."

Valores:
- *Cultura de prestação de serviço público centrada no utente/doente;*
- *Cultura de organização e liderança;*
- *Cultura de qualidade e de segurança;*
- *Cultura de eficiência e de efectividade;*
- *Cultura de competência e rigor;*
- *Cultura de equipa multidisciplinar;*
- *Observância de deontologia e ética.*

Estratégia

Os vectores estratégicos do SMN são articulados e integrados com os vectores estratégicos do HGO, numa abordagem *top-down*. No entanto, o SMN, como um Serviço singular e único define a sua estratégia e objectivos mediante a avaliação da sua realidade.

O SMN encontra-se num impasse, atendendo a que as suas instalações saturaram, pelo que a necessidade de obras se torna urgente, não só em termos de recuperação da licença de funcionamento, actualmente caducada, mas também para melhorar a qualidade do serviço prestado, aumentar a capacidade de resposta e a prestação de serviços a entidades externas. As instalações actuais criam constrangimentos, não só a nível de produção como também se traduzem, muitas vezes, em insatisfação dos profissionais e dos utentes/doentes, devido à deterioração das instalações e à falta de condições mínimas de funcionamento.

4.2.1. Organização do Serviço de Medicina Nuclear

O SMN é, em termos físicos, um espaço pequeno, o qual se encontra dividido num gabinete médico, numa sala de comando, adjacente à da Câmara Gama gabinete onde se monitorizam os doentes enquanto os exames estão a ser realizados nesta, um gabinete que é simultaneamente utilizado para realizar a pré-consulta e sala de enfermagem, um laboratório – a Radiofarmácia onde são preparados os radiofármacos utilizados pelo Serviço e uma sala de espera.

Sendo a especialidade de Medicina Nuclear uma área onde se manipulam fontes radioactivas todos os profissionais e visitantes do Serviço são regularmente monitorizados em termos de exposição de dose radioactiva. Este procedimento para além de salvaguardar o bem-estar de todos, constitui um dos critérios de qualidade do Serviço.

Cada profissional do SMN executa para além da sua função clínica, tarefas paralelas de formação e gestão. A cultura de aprendizagem contínua está muito enraizada no SMN, pelo que existe um calendário semestral, onde são definidos horários de formação obrigatória dos profissionais, horários para reuniões gerais e reuniões de grupo profissional. O ambiente que se vive, no SMN, é um ambiente informal, baseado na comunicação e onde todos trabalham motivados para a prestação de cuidados de saúde diferenciados.

Como se pode verificar, pela "Listagem de Procedimentos Realizados No Serviço" (ver anexo I) a diversidade de exames que se realizam no SMN é enorme, pelo que a gestão da agenda constitui um dos grandes desafios da equipa do SMN, não só pela pretensão de maximizar a taxa de ocupação da Câmara Gama, bem como no sentido de reunir esforços para a prestação de melhores cuidados de saúde. A gestão da agenda tem por base alguns critérios:

- A actividade do gerador $^{99}Mo/^{99m}Tc$ necessária para cada exame. Este gerador produz o radionuclídeo mais utilizado no Serviço. Os radiofármacos, fontes de radioactividade não selada, sofrem decaimento radioactivo e, como tal, garantir a disponibilidade e actividade correcta dos mesmos para a realização dos diferentes exames, pressupõe um dos pontos principais a considerar na gestão da agenda semanal do SMN. Nesta perspectiva, os exames que necessitem de maiores actividades de Tc-99m são planeados preferencialmente para o início da semana, pois o gerador é recebido semanalmente durante o fim-de-semana. Por outro lado, os exames pediátricos, são realizados, por norma, à quinta e sexta-feira, pois a população pediátrica necessita de menores actividades. A perda da radioactividade pode ser um factor indutor de exame não satisfatório, levando à repetição de exames e desperdício de recursos.
- A ocupação racional da Câmara Gama, pressupõe a existência de duas agendas, as quais funcionam em paralelo, para uma ocupação eficaz e eficiente da Câmara Gama. Uma das agendas (agenda externa) é preenchida com a hora de agendamento do exame (hora que o doente deve comparecer no SMN) e a outra agenda (agenda interna) serve como orientação para os profissionais do SMN, de modo a promover a maximização da ocupação da Câmara Gama. A necessidade da existência de duas agendas prende-se com o facto dos diferentes exames que são realizados terem tempos de aquisição de imagens em Câmara Gama diferentes, bem como intervalos de tempo entre a administração do radiofármaco e a aquisição de imagens. Daí que uma gestão racional da Câmara Gama pressuponha habilidade para intercalar exames diferentes, de modo a promover a maximização da ocupação do equipamento bem como, aumentar a produtividade do SMN. Esta gestão é feita semanalmente, de acordo com as requisições recebidas, o tipo de exame e disponibilidade do radiofármaco;
- A disponibilidade e a rentabilidade do radiofármaco: para uma gestão eficiente deste recurso, exames iguais são agrupados num mesmo dia de modo a rentabilizar os *kits* de radiofármacos. Cada *kit*, serve para realizar um número máximo de exames, os quais são levados em consideração na elaboração da agenda.
- A disponibilidade de médicos Cardiologistas que apoiam a execução de exames ao aparelho cardio-vascular. Um dos tipos mais comuns de exames realizados no SMN é a cintigrafia miocárdica em esforço farmacológico e em repouso, estes exames são realizados à quarta-feira, quando um Cardiologista está presente.

Tendo por base estes critérios, a agenda do SMN actual consiste numa agenda com horários pré-definidos para os exames mais comummente realizados, os quais vão sendo preenchidos à medida que as requisições vão chegando, deixando diariamente espaço para eventuais urgências ou adversidades e exames menos comuns.

A maioria dos pedidos de exame/terapêutica que chegam ao SMN são referenciados internamente pelo HGO, oriundos das mais diversas especialidades. Todos os pedidos são registados num impresso próprio interno do SMN – Requisição de Exames/Terapêutica – os quais são analisados pela Directora do Serviço ou um médico especialista em sua representação, antes de se proceder à validação do agendamento. A análise feita pretende avaliar a adequabilidade do procedimento clínico requisitado e transmitir ao doente (caso seja necessário) a preparação prévia que deverá fazer para realizar o exame.
Uma vez agendado o exame, o doente é contactado por auxiliares ou enfermeiros no sentido de confirmar a sua presença no dia do exame e de reforçar a preparação prévia ao exame. Este procedimento permite uma melhor gestão da agenda e a racionalização de recursos, uma vez que a falta de um doente ou a sua desmarcação em cima da hora, traduz-se em desperdício de recursos (materiais e humanos), minimizando a ocupação da Câmara Gama e diminuindo a produtividade do SMN.

De acordo com o "Fluxograma do Doente" (ver figura 16) um doente que chega ao SMN dirige-se ao secretariado onde fornece os seus dados demográficos, que ficarão registados no Processo Clínico. Este documento acompanhará o doente no seu percurso pelo SMN. No Processo Clínico registam-se, para além dos dados demográficos, todo o seu historial clínico relevante para a realização do exame, informações relativas à execução do exame, e elementos auxiliares da elaboração do relatório médico. O Processo Clínico é um documento interno do SMN que é, posteriormente, arquivado no Arquivo Clínico do HGO, e repescado se o doente voltar a realizar algum procedimento clínico no SMN.
A cada doente é atribuído um código numérico que o reconhecerá em todas as actividades realizadas com o SMN, sejam cirurgia radioguiada, novos exames, alta clínica e levantamento do relatório médico.

Após a admissão do doente no secretariado do SMN, o doente é encaminhado para uma consulta, na qual é recebido por um médico da especialidade que reúne as informações necessárias para adequar o procedimento clínico a realizar, através de uma anamnese do doente, prescreve o procedimento clínico, o radiofármaco, dose de administração, entre outras

informações necessárias. Igualmente esclarece o doente sobre o procedimento a realizar e recolhe o consentimento informado, quando aplicável.
Seguidamente, é administrado o radiofármaco de acordo com o prescrito e o doente é informado sobre o tempo de espera que decorrerá entre a administração do radiofármaco e aquisição das imagens em Câmara Gama. Este intervalo de tempo é diferente de exame para exame e tem restrições diferentes. Por norma, neste intervalo de tempo, apesar de o doente ter sido injectado com radiofármaco, pode circular, comer, beber, fazer uma vida praticamente normal, tendo contundo, na maioria dos casos que restringir o seu convívio com gestantes e crianças de idade inferir a 10 anos.
Findo este tempo, o doente regressa para se proceder à aquisição das imagens em Câmara Gama. O tempo de aquisição é, também, muito variável de procedimento para procedimento. No final da aquisição, um médico especialista verifica as imagens, confirma a conclusão do exame e concede a alta ao doente. Enquanto o doente aguarda a alta é-lhe entregue um inquérito de satisfação, o qual é recolhido quando se lhe transmite a mesma. Nesta altura, o doente está apto a seguir com a sua vida, continuando a ter em atenção que foi injectado com um radiofármaco e como tal tem que ter alguns cuidados para com os outros.
Após o processamento de imagens e interpretação das mesmas pelos médicos de Medicina Nuclear, é elaborado um relatório médico, o qual é levantado pelo doente, num prazo, por norma, nunca superior a 8 dias, e entregue ao médico prescritor requisitante do exame.

Os inquéritos de satisfação supra referidos, fazem parte de uma série de parâmetros avaliados internamente pelo SMN a fim de monitorizar a qualidade do seu serviço e a satisfação dos seus doentes. Os inquéritos são mensalmente analisados, tendo como finalidade a avaliação da satisfação em aspectos relacionados com as infra-estruturas do SMN, profissionais, tempos de espera entre outros. Estes inquéritos são um bom método de o SMN reconhecer os seus pontos fracos e os seus pontos fortes, e deste modo, implementar medidas de melhoria que se traduzam em qualidade crescente do serviço prestado à comunidade.

O equipamento central por excelência do SMN é a Câmara Gama. Deste modo todo o planeamento do Serviço gira em volta da sua disponibilidade. Nesta perspectiva, é necessário garantir sempre o seu correcto funcionamento, só assim o SMN pode executar convenientemente a sua actividade clínica. Diariamente, é executado um Controlo de Qualidade pelos técnicos de diagnóstico e terapêutica, este controlo tem início antes da chegada dos doentes ao serviço, garantindo a execução atempada dos exames agendados. Tipicamente, o tempo teórico despendido no controlo de qualidade diário, é cerca de trinta

minutos. No controlo de qualidade diário é utilizada uma fonte radioactiva, a qual é sujeita a decaimento, pelo que o seu desgaste pode implicar aumento no tempo de execução. Adicionalmente é executado, por técnicos externos representantes do fabricante, um programa de controlo de qualidade mais profundo à Câmara Gama, controlo este, no qual se avalia o equipamento ao nível mecânico, o estado dos detectores, entre outros parâmetros. Estas intervenções inviabilizam a actividade clínica no dia ou outros períodos de tempo em que decorrem. Durante a sua execução não são realizados exames e o SMN organiza actividades complementares de formação, reuniões de serviço, actividades de gestão entre outros. A indisponibilidade do equipamento cessa a actividade clínica do SMN, pelo que estas intervenções devem ser programadas, dentro do possível, de modo a garantir a minimização do impacto da paragem.

Todos os colaboradores do SMN se distribuem diariamente por dois turnos, de modo a assegurarem o horário de funcionamento do Serviço. Em cada turno, está presente no SMN, pelo menos, um assistente técnico, um assistente operacional, dois técnicos de terapêutica e diagnóstico, um enfermeiro e um médico da especialidade, estando sempre um médico escalado para apoiar a realização dos exames e terapêuticas. Os técnicos superiores de saúde, farmacêuticos e engenheiros físicos estão presentes no período da manhã. Cada grupo profissional tem um líder, o qual acumula funções paralelas de gestão do SMN, responsável pela tomada de decisões funcionais do respectivo grupo profissional, acolhimento e formação de novos profissionais entre outras.

De um modo geral, apesar dos constrangimentos conhecidos dos hospitais públicos portugueses do qual o HGO não é excepção, pode dizer-se que o SMN tem uma boa organização interna. Existe internamente uma cultura de notificação de procedimentos, embora não informatizados, que ajudam ao controlo de gastos, identificação de pontos de melhoria e planeamento. O actual resultado positivo da auditoria de qualidade, é o espelho desta organização. O SMN não só apresenta resultados positivos ao nível da produtividade, como tem uma constante preocupação em melhorar e desenvolver estratégias que sustentem o prolongamento da sua actividade clínica, tendo sempre como objectivo a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade.

5. Metodologia de aplicação do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão ao Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Inserido numa política de qualidade e pela necessidade de articulação com o plano estratégico definido pelo Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO) no qual se evidencia a" necessidade de repensar o modelo de gestão tendo em vista a melhoria da eficiência e em consequência da sua sustentabilidade" e o actual contexto socioeconómico, despoletou nos profissionais do Serviço de Medicina Nuclear (SMN) a atenção por temáticas de controlo de gestão eficazes que promovam a melhoria contínua do desempenho pelo que acolheram com entusiasmo este projecto.

A implementação de um Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG) ao SMN torna-se um modelo eficaz do controlo de gestão, uma vez que permite operacionalizar a estratégia do Serviço, clarificando os processos, evidenciando oportunidades de melhoria, fornecendo informações objectivas e fundamentais ao nível do controlo de processos e promovendo a cooperação, o esforço, de toda a equipa no sentido de alcançar o objectivo comum, premiando aqueles que para além de eficazes são simultaneamente eficientes. Com esta ferramenta, procura-se que toda a equipa do SMN, após traçado um plano estratégico, percorra todas as etapas dos diferentes processos, clarificando as restrições, sustentando a tomada de decisões: o que deve ser melhorado, quando e como, de um modo claro, simples e inequívoco. A "linguagem" de SADG pretende ser clarificadora, objectiva e acessível.

Numa altura em que a palavra de ordem são números, o SADG surge como uma ferramenta extremamente útil capaz de auxiliar na avaliação do desempenho e consequente tomada de decisão, tornando-se, por um lado, essencial para o conhecimento inequívoco da realidade interna do SMN e por outro lado, como meio de justificação perante entidades externas (doentes, administradores, ministério da saúde) da relevância da sua actividade e dos esforços empreendidos para que continue sendo um Serviço sustentável e preocupado com a qualidade do serviço prestado à comunidade.

O objectivo deste trabalho é, como foi já referido, desenhar e implementar um SADG no SMN do HGO. As linhas que se seguem pretendem ilustrar o caminho percorrido na prossecução deste objectivo. De um modo genérico, as fases principais deste projecto são: a integração no dia-a-dia da equipa do SMN com o objectivo de conhecer em profundidade os processos internos, a sua especificidade, as suas variantes, os seus constrangimentos entre outros; a

clarificação dos objectivos estratégicos do SMN alinhados com os objectivos do HGO, recorrendo ao *Balanced Scorecard* (BSC) como ferramenta de excelência para o efeito, de onde surge o mapa da estratégia do SMN; a definição dos objectivos operacionais e respectivos indicadores que espelhem a realidade dos processos internos do SMN e permitam o alcance do objectivo principal – a sustentabilidade -; a arquitectura do SADG, a qual é desenhada em EXCEL e composta por três pontos principais: a hierarquia de objectivos operacionais com as devidas ponderações calculadas recorrendo ao método *Analitycal Hierarchy Process* (AHP ou MHM), as curvas de métricas-mérito, desenhadas com base no método *Metric-Merit Conversion* (MMC) e análise da sensibilidade de modo a ordenar e objectivar qual(is) o(s) indicador(es) onde uma melhoria produzirá maior impacto no mérito global.

5.1. Etapas para a implementação do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão ao Serviço de Medicina Nuclear

1ª Fase: A integração no dia-a-dia do Serviço de Medicina Nuclear

A integração no dia-a-dia do SMN permite o conhecimento profundo dos seus processos internos e as suas especificidades, só assim é possível caracterizá-los e optimizá-los de modo a adequar o SADG à realidade deste Serviço. A implementação com sucesso de um SADG deve espelhar com rigor a realidade do sistema em estudo, daí a necessidade de se documentar para se conhecer, em detalhe, os processos e os seus intervenientes. Nesta primeira fase, o objectivo é observar, analisar e compreender o dia-a-dia do SMN, junto dos seus colaboradores, familiarizar com as rotinas, com as adversidades, tão frequentes em serviços de prestação de cuidados de saúde e com os constrangimentos, com a documentação do Serviço entre outros. Esta fase de integração é igualmente importante para se conhecerem os intervenientes dos processos, pois parte do sucesso de implementação do SADG passa por uma vontade genuína de todos os colaboradores, em melhorar, em modificar processos e culturas, em empenhar esforços para o alcance dos objectivos, conquistar a atenção, o interesse de todos pelo nosso trabalho é um factor crítico de sucesso.

Nos primeiros dias de visita ao SMN, para além da observação de perto dos processos internos, o acesso à documentação do SMN foi igualmente importante. Como foi já referido no capítulo respeitante à descrição do SMN (secção 4.2), este Serviço possui um Manual de Qualidade, onde consta uma série de documentação pela qual o Serviço se rege. No Manual de

Qualidade podemos ter acesso a Protocolos Clínicos, Protocolos da Radiofarmácia, Protocolos de Radioprotecção entre outros. Para além do Manual de Qualidade existem muitos outros documentos internos que acompanham os diferentes processos. Esta cultura de documentação e notificação, constitui um ponto extremamente motivador para a implementação do SADG.
Uma vez que esta ferramenta exige enraizar uma cultura de aferição de uma série de indicadores, é necessário que todos colaborem para a disponibilidade de informação relevante que sustente os indicadores operacionais. Embora muita da informação não esteja disponível em suporte informático, o facto de essa informação existir e os colaboradores possuírem uma cultura de notificação de dados e informações relevantes, constitui um longo percurso de trabalho já previamente realizado. Neste sentido, torna-se imprescindível tornar esta informação facilmente acessível, de modo a permitir a obtenção de dados que monitorizem o desempenho do SMN.

2ª Fase: Concepção do Mapa da Estratégia do Serviço de Medicina Nuclear

Relativamente, ainda, à documentação existente no SMN é relevante citar a existência de um BSC elaborado para o ano de 2011 para o Serviço. Neste BSC existente, encontram-se definidos os objectivos do SMN alinhados com os objectivos estratégicos do HGO (ver anexo II). Neste documento podem ler-se como indicadores, muitos projectos a implementar, enquanto metas para cumprir os demais objectivos. Adjacente à existência de um BSC, existe a convicção de que todos os colaboradores do SMN têm conhecimento sobre a missão, os valores, a estratégia e os objectivos do Serviço,

Numa primeira fase, foi discutido com a Directora de Serviço, decisora com conhecimentos de base estratégica e funcional do Serviço, a relevância actual dos diferentes objectivos e indicadores que constam no BSC. Após reunião de toda a informação, proveniente da observação dos processos internos do SMN, análise do documentação interna do SMN e do BSC, redefiniu-se a estratégia do SMN e procedeu-se à concepção do mapa da estratégia (ver figura 17).

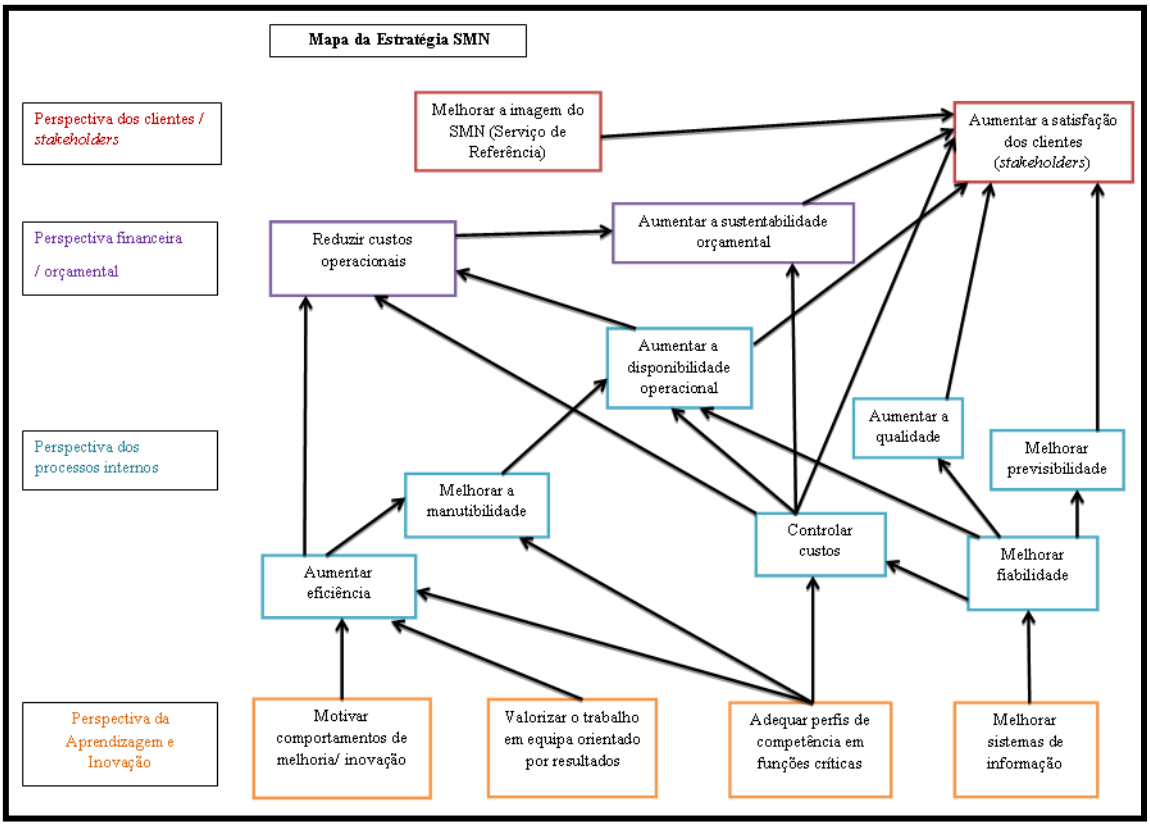


Figura 17 - Mapa da Estratégia do Serviço de Medicina Nuclear.

Após um primeiro esboço, o mapa da estratégia foi discutido com a Directora de Serviço, procedendo-se a algumas reformulações dos objectivos e das relações causa-efeito definidas. O mapa de estratégia apresentado procura ilustrar os objectivos estratégicos nas diferentes perspectivas e as relações de causa-efeito entre eles, traduzindo e convertendo, de forma consistente, a estratégia do SMN em termos operacionais.

Os objectivos estratégicos definidos espelham o BSC do SMN, numa lógica de priorização da perspectiva clientes, permitindo a concretização do objectivo primordial do SMN, satisfazer os seus clientes. Por clientes (*stakeholders*), no caso deste trabalho em concreto, entenda-se os doentes do SMN, como os principais interessados e visados pela qualidade e pela excelência do desempenho do serviço prestado: os médicos prescritores, como avaliadores da qualidade e da mais-valia do SMN para a comunidade; a administração do HGO, enquanto entidade decisora com interesse nos resultados do serviço, ao nível da produtividade, da eficiência e, também, da qualidade; e a entidade pagadora, uma vez que o HGO e por conseguinte o SMN, faz parte das EPCS que integram o SNS.

Todo o mapa da estratégia foi concebido com base na concretização do propósito: satisfação dos clientes. Neste sentido há que operar num conjunto de processos críticos que nos permitirão alcançar o objectivo. Para tal, o desempenho ao nível dos processos internos, da motivação, da formação, da disponibilidade de competências tecnológicas, da disponibilidade financeira com uma alocação de recursos mais eficiente, deve resultar, como consequência, na satisfação dos clientes. O mapa da estratégia deve ser equiparado a um mapa que nos indicará o caminho a percorrer até ao objectivo final, evidenciando que o sucesso de determinado objectivo, depende do sucesso dos seus *inputs* e deve originar *outputs* de sucesso numa cadeia de valor acrescentado até ao destino final.

A base do mapa estratégico assenta, como se pode verificar pela figura (figura 17), na perspectiva da aprendizagem e inovação, pois considera-se que o desenvolvimento de competências técnicas e humanas, bem como, o promover a inovação e formação contínua, o motivar os colaboradores para a superação dos resultados obtidos, produzirá um impacto positivo na qualidade do serviço prestado pelo SMN, o qual contribuí para a satisfação dos clientes, para a melhoria contínua das boas práticas clínicas, para a eficiência da gestão de recursos e por conseguinte, para a redução de custos operacionais aumentando a sustentabilidade do Serviço.

Melhorar os Sistemas de Informação do SMN, reduz a probabilidade de erro humano, muitas vezes originado pela perda/troca de informação, promove um controlo, ao nível da produtividade e consumos, entre outros, promove, ainda, a celeridade do acesso à informação e melhora a fiabilidade dos processos internos, contribuindo para a uma gestão mais eficiente.

Ao nível dos processos internos, pretende-se aumentar a eficiência do SMN, de modo a reduzir os custos operacionais. Neste sentido, o aumento da eficiência surge como consequência de comportamentos de melhoria contínua e inovação, da superação de resultados individuais e em equipa e pela adequação das competências em funções consideradas críticas. A eficiência dos processos internos prevê o aumento da disponibilidade operacional dos equipamentos, numa perspectiva de que o desempenho excepcional dos colaboradores induza menor quantidade de erros técnicos nos processos internos, resultando numa menor frequência de episódios de intervenção no equipamento e, consequentemente, aumentando a disponibilidade operacional. Todo este circuito interligado contribuirá para a redução de custos operacionais e para o aumento da sustentabilidade orçamental do SMN, uma vez que é de extrema importância para a viabilidade do SMN o correcto funcionamento da Câmara Gama.

O aumento da eficiência contribui, também, directamente para a redução dos custos operacionais, uma vez que os comportamentos eficientes propiciam uma redução dos erros humanos, diminuindo a necessidade de repetição de procedimentos clínicos e, deste modo, reduzindo os desperdícios. Seguindo a mesma lógica o controlo de custos é consequência da adequação de competências em funções consideradas críticas, contribuindo para o aumento da sustentabilidade e satisfação dos clientes (*stakeholders*) do SMN.

A fiabilidade dos processos internos contribui para o controlo de custos, pois, mantendo rotinas de funcionamento, é possível melhorar a previsibilidade e, deste modo, aumentar a qualidade do serviço prestado. Melhorar a previsibilidade significa aumentar a probabilidade de realizar previsões certeiras, ao nível de consumos de recursos. Conhecendo a produtividade, é possível prever custos com fármacos, com material consumível, com recursos humanos entre outros, ao nível de suspensões de serviço resultantes de intervenções na Câmara Gama. Prever, por exemplo, intervenções de manutenção não só auxilia na gestão interna do Serviço, permitindo adequar esse "tempo morto" à realização de outras tarefas, como diminui o constrangimento da anulação de exames com os doentes já no Serviço, despromovendo a satisfação. A fiabilidade está, também, relacionada com a qualidade do serviço prestado, uma vez que as rotinas estabelecidas permitirão conhecer melhor os constrangimentos em cada ponto crítico do processo, promovendo a implementação de melhorias e a diminuição e gravidade de não-conformidades, resultando no aumento da satisfação dos clientes (*stakeholders*).

Relativamente à perspectiva financeira/orçamental, os dois grandes objectivos são a redução de custos operacionais e o aumento da sustentabilidade do Serviço. Os objectivos anteriormente descritos devem interagir, contribuindo de forma harmoniosa para o alcance destes dois objectivos financeiros/orçamentais. O sucesso de qualquer organização na vertente financeira garantirá o seu desenvolvimento futuro. No caso concreto de um serviço de prestação de cuidados de saúde público, aplica-se o mesmo princípio apenas com algumas ressalvas. No caso do SMN garantir a sustentabilidade é garantir a sua continuidade, a sua viabilidade económica e financeira. Reduzir custos operacionais não é somente um princípio que deve estar enraizado em todos os colaboradores, no cenário actual é uma necessidade urgente. A restrição orçamental não deve ser encarada como um constrangimento, mas sim como o mote para desenvolver iniciativas que promovam a redução de custos, entre eles os custos operacionais. Um plano estratégico não deve colocar a redução de custos como um objectivo, esta deverá ser uma consequência inevitável dos esforços empreendidos nas

diferentes fases do processo e se todos contribuírem para que tal aconteça. A redução dos gastos de uma organização poderá resultar do aumento da produtividade ou da capacidade de melhor utilização dos seus recursos (humanos, materiais e financeiros).

Em suma, o sucesso de uma qualquer organização, incluindo o SMN, do ponto de vista dos seus clientes, será alcançado se existir um domínio, um controlo sobre um conjunto de factores críticos de sucesso nos seus processos. Neste sentido, reunir esforços para atingir a excelência operacional, desenvolver competências, implementar culturas de melhoria contínua entre outros, resultará na satisfação dos requisitos-chave, não só dos clientes da organização, bem como, na motivação dos seus colaboradores.

3ª Fase: Definição dos objectivos operacionais e respectivos indicadores do SMN

Após a concepção do mapa da estratégia do SMN, procedeu-se à elaboração de uma hierarquia de objectivos operacionais de modo a integrar todos os objectivos referentes aos processos internos, possíveis de ser monitorizados, que promovam a prossecução do objectivo considerado, pelo SMN, como objectivo primordial a ser alcançado – a sustentabilidade do SMN. Após a elaboração da hierarquia foram definidos indicadores, os quais permitirão a monitorização, em diferentes períodos de controlo, aferindo o desempenho dos demais objectivos operacionais. Um primeiro esboço da hierarquia de objectivos bem como da listagem de indicadores foram apresentados à Directora do SMN, despoletando algumas reformulações. Relativamente à hierarquia de objectivos, as reformulações principais que foram efectuadas são respeitantes à sua adequabilidade à realidade do SMN e à possibilidade da sua monitorização. Num serviço de prestação de cuidados de saúde, existe sempre um elevado número de imponderáveis (casos de urgência, alteração do estado de saúde súbito e consequente alteração do protocolo estabelecido entre outros) que dificultam, muitas vezes, a monitorização de alguns objectivos. Tipicamente, os objectivos operacionais devem corresponder a rotinas dos processos internos considerados críticos. No caso concreto de um serviço de prestação de cuidados de saúde os imponderáveis podem desvirtuar as rotinas e provocar enviesamento da monitorização de determinados objectivos. Como tal, a escolha dos objectivos operacionais prende-se com a adequação à realidade do sistema em estudo, a sua contribuição para o alcance do objectivo global e a possibilidade de ser monitorizado.

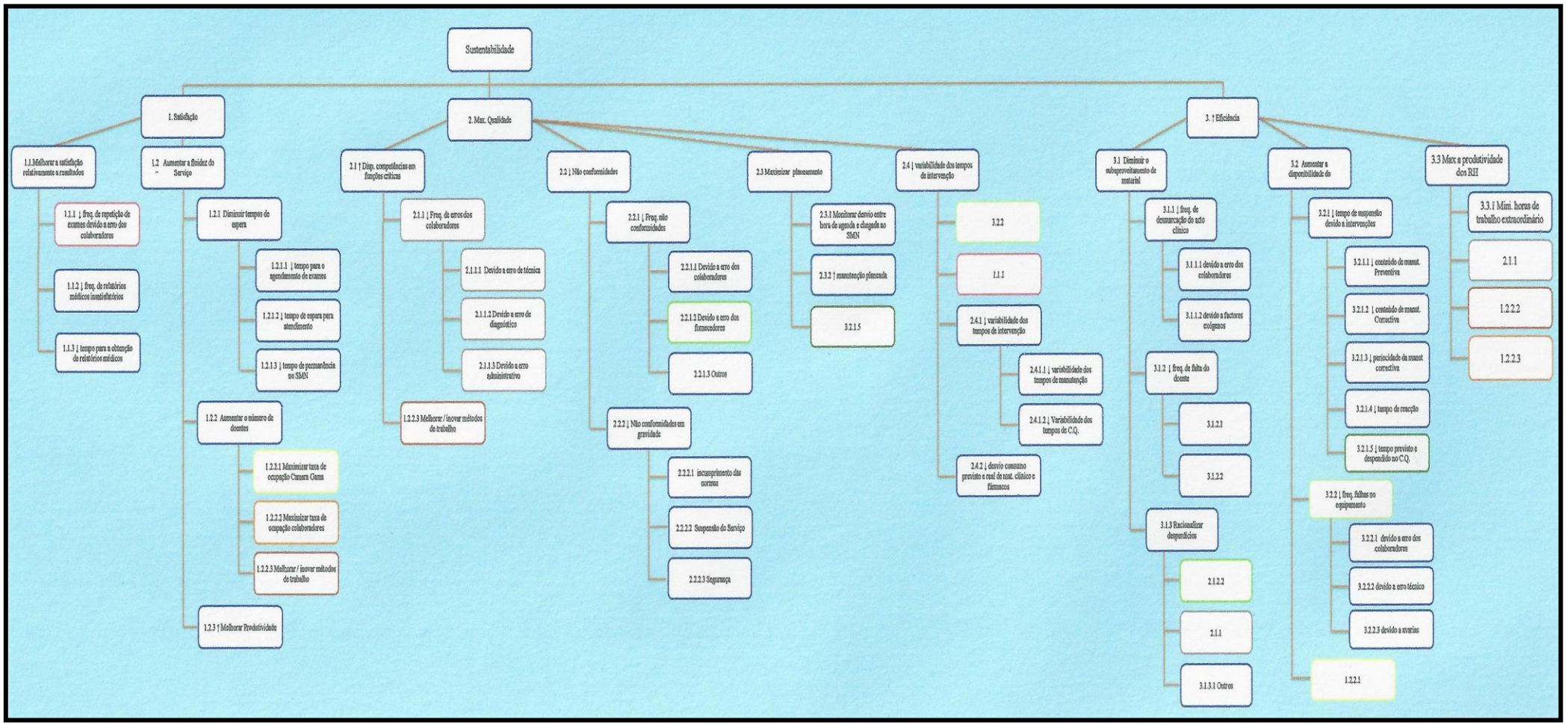


Figura 18 – Estrutura hierárquica de objectivos definida para o Serviço de Medicina Nuclear

A figura acima (figura 18) representa a hierarquia definida para o SMN. Como o próprio nome indica uma hierarquia pretende ilustrar uma dependência hierárquica de objectivos distribuídos por vários níveis. A lógica por detrás da sua concepção é ir desdobrando o objectivo principal, único objectivo do primeiro nível, em objectivos (representantes do segundo nível) que contribuíram para o seu alcance e com esta lógica sucessiva vão-se desdobrando os objectivos em níveis inferiores que contribuam para o alcance do seu objectivo parental. O último nível de objectivos representará os objectivos operacionais aos quais serão associados indicadores e por isso os únicos que serão monitorizados.

A sustentabilidade, definida como o objectivo principal da hierarquia de objectivos, prende-se com a necessidade das EPCS se alinharem com os objectivos estratégicos actualmente definidos pelo Ministério da Saúde e por conseguinte, numa descendência hierárquica, o SMN. Acresce ainda a constante preocupação do HGO em perpetuar a sua própria sustentabilidade, bem como de todos os serviços integrantes da instituição, como se pode verificar pela constante referência ao termo sustentabilidade no seu plano estratégico referido no capítulo 4. A sustentabilidade visa a viabilidade e continuidade do SMN assente numa política de qualidade percepcionada pelos clientes e consequente satisfação e eficiência operacional promovendo comportamentos de melhoria contínua, baseado num modelo de gestão por objectivos.

A satisfação dos clientes pode ser percepcionada sob diferentes pontos de vista, uma vez que os clientes do SMN são: os doentes, que percepcionam a qualidade do serviço e atendimento; os médicos prescritores que percepcionam a qualidade clínica do serviço e a administração do HGO que traduz a qualidade e eficiência operacional em produtividade e racionalização de custos. A satisfação dos clientes do SMN traduz a mais-valia da continuidade e credibilidade do SMN. Por exemplo, se os doentes não dispõem de qualidade no serviço prestado e no atendimento, não realizarão exames no SMN. Sem actividade clínica, o SMN torna-se não sustentável. Nesta perspectiva, a maximização da satisfação foi desdobrada em dois objectivos (objectivos de terceiro nível): a satisfação relativamente a resultados clínicos e o aumento da fluidez do serviço. A satisfação relativamente a resultados clínicos é conseguida através do desdobramento em três objectivos operacionais distintos: 1) diminuição da frequência de repetição de exames devido a erros dos colaboradores, 2) diminuição de relatórios médicos insatisfatórios e 3) redução do tempo para a obtenção de um relatório médico. Todos estes objectivos operacionais contêm um indicador associado que permitirá monitorizar o alcance destes objectivos. A repetição de exames traduz não só a insatisfação óbvia do doente, como

traduz a insatisfação do médico prescritor que poderá ter de aguardar por novo relatório médico, o que pode trazer consequências no tratamento/cirurgia consequentes, e ainda, na satisfação perante os administradores pois a repetição de exames poderá ser reflexo de gastos extraordinários para o SMN. No mesmo sentido, relatórios médicos com informação clínica menos clara, insatisfatória e até mesmo errada, podem desencadear a necessidade de prescrever mais exames ou outros exames complementares, levando ao desperdício de recursos e insatisfação dos clientes. O tempo que o médico prescritor aguarda pelo relatório médico, traduz-se num maior ou menor grau de satisfação do mesmo com o serviço prestado pelo SMN.

O aumento da fluidez de serviço é conseguido por um lado, com a diminuição do tempo de espera em diferentes fases do processo (agendamento do acto clínico, atendimento no SMN e permanência no SMN) e por outro lado, com o aumento da produtividade e do número de doentes atendidos no SMN. Os tempos de espera reflectem, sobretudo, a satisfação do doente e traduzem a eficiência operacional do SMN. O aumento do número de doentes atendidos no SMN é conseguido se aumentarmos a disponibilidade de competências técnicas e humanas promovendo a motivação de comportamentos visando a melhoria e inovação. Neste sentido torna-se imprescindível maximizar a taxa de ocupação da Câmara Gama e dos colaboradores, de modo a maximizar a eficiência do SMN e, motivar os profissionais de modo a promover a inovação e melhoria dos métodos de trabalho. A maximização da produtividade traduz a celeridade com que as requisições de exames que chegam ao SMN são satisfeitas, isto é, quão célere o acto clínico é agendado de acordo com a indicação do médico prescritor.

A qualidade dos processos internos do SMN é conseguida se aumentarmos a disponibilidade de competências em funções consideradas críticas e, consequentemente, reduzirem os erros dos colaboradores. Comportamentos de melhoria e inovação garantem, de igual modo, o aumento de competências em funções consideradas críticas e reflecte numa maximização da qualidade do serviço prestado.

A monitorização da frequência e da gravidade com que não-conformidades podem ocorrer é importante para diminuir o seu impacto negativo na qualidade directa do serviço prestado, na segurança dos doentes e colaboradores do SMN, na manutenção do funcionamento correcto do SMN, na credibilidade dos fornecedores e para a manutenção do Sistema de Qualidade adoptado pelo Serviço.

A maximização do planeamento do SMN reflecte, igualmente a qualidade do serviço prestado, promovendo melhorias nos processos internos, pois um planeamento eficiente contribui para uma gestão eficiente. Para ser possível planear com o máximo rigor permitido a estas organizações que lidam, diariamente, com imponderáveis e com pessoas às quais não é possível antecipar ou prever comportamentos, há que monitorizar tendências. Tendências, estas que não são exclusivas dos clientes, neste caso concreto dos doentes, tendências, também, dos equipamentos, no caso concreto da Câmara Gama. Nesta perspectiva, monitorizar a tendência dos atrasos dos doentes do SMN, auxilia a melhoria do planeamento da agenda de modo a que os atrasos tenham um impacto menos negativo na qualidade percepcionada pelos restantes doentes que "sofrem" com o atraso, e na eficiência pelo desencadeamento de horas de trabalho extraordinário. A previsibilidade dos episódios de manutenção da Câmara Gama, aumentando a manutenção preventiva relativamente à manutenção correctiva, promove uma gestão eficiente do planeamento das actividades do SMN, contribuindo para minorar o efeito da suspensão da actividade clínica do Serviço. Com igual contributo para a gestão do planeamento a monitorização do desvio entre o tempo previsto e o despendido no controlo de qualidade da Câmara Gama, permite o melhor planeamento da agenda do SMN, uma vez que o tempo despendido no controlo de qualidade é tempo de indisponibilidade do equipamento. Este tempo embora não deva reflectir uma diminuição da taxa de ocupação da Câmara Gama, induz um impacto negativo na produtividade, na satisfação dos clientes (reduz a celeridade de satisfação da requisição de actos clínicos) e na eficiência pela indução de trabalho extraordinário.

A previsibilidade de avarias na Câmara Gama, o tempo despendido com intervenções na Câmara Gama, factores que contribuam para a repetição de exames e a variabilidade entre o consumo previsto e real contribuem, também, para a maximização da qualidade, uma vez que uma das dimensões de qualidade do serviço prestado pode ser aferida pela capacidade de uma organização cumprir os seus compromissos. Para que tal aconteça, é necessário garantir a confiabilidade da Câmara Gama, reduzindo as falhas da mesma, logo, reduzindo o tempo perdido com a paragem. Na mesma perspectiva, minimizar a variabilidade dos tempos de intervenção na Câmara Gama, na manutenção correctiva e no controlo de qualidade, permite avaliar o desempenho das tarefas realizadas durante a intervenção, contribuindo para minimizar o impacto sobre a produtividade do SMN. Acresce à monitorização da variabilidade dos tempos de controlo de qualidade evidenciar o possível desgaste da fonte utilizada para o controlo, o seu desgaste produzirá tempos de intervenção mais longos que se reflectem numa

diminuição da taxa de ocupação da Câmara Gama sem que tenha ocorrido erros, avarias entre outros e consequentemente diminuem a eficiência e a produtividade do serviço.

A repetição de exames, como foi já referido, produz um impacto negativo directo sobre a qualidade do serviço, satisfação, eficiência dos recursos e desperdício de tempo. Neste sentido, avaliar a sistematização da sua ocorrência auxilia a diminuir a sua frequência e melhora a qualidade. A previsibilidade dos consumos com material clínico e fármacos é importante pois permite conhecer a dimensão do desperdício, por excesso ou por defeito, influenciando a sustentabilidade orçamental do SMN. Os fármacos e materiais clínicos são adquiridos por concurso público, contratualizados, anualmente, com fornecedores. Se o desvio entre o consumido e o real for grande, contribuirá para desperdício, minorar a eficiência entre outros. Neste sentido, podem-se prever dois cenários: 1) quantidade consumida superior à quantidade prevista e, 2) quantidade consumida inferior à quantidade prevista. No primeiro caso, o desvio originado pode ser devido a mau planeamento, a previsibilidade mal concebida, desperdício originados por erros dos colaboradores ou baixa qualidade do serviço prestado que leva a repetições de actos clínicos a erros, entre outros. Neste cenário para que o Serviço possa continuar a garantir a actividade clínica terá que proceder a nova encomenda, provavelmente com acréscimo de preço. No caso em que a quantidade consumida é inferior à quantidade prevista, poderá indiciar baixa produtividade, desperdícios (por exemplo, expiração do prazo de validade do fármaco), entre outros. Ambos os cenários reflectem fraca previsibilidade e apresentam impacto directo na sustentabilidade do SMN.

Maximizar a eficiência, terceiro objectivo do segundo nível, depende de três factores: material, equipamento e recursos humanos. Estes três factores comuns a uma qualquer organização, são os responsáveis directos por variações da eficiência. Esta crescerá se, o desperdício de material for minimizado, se a disponibilidade do equipamento aumentar e se os recursos humanos forem motivados para que a produtividade aumente.

O subaproveitamento do material pode ser devido a desmarcações de última hora, falta de doentes e ocorrência de erros, quer dos fornecedores quer dos colaboradores, quer por motivos alheios ao SMN.

A desmarcação do acto clínico em dias imediatamente anteriores ao dia do agendamento, pode promover o desperdício de material, na medida em que uma das variáveis de planeamento é agendar o mesmo tipo de exame num mesmo dia, de modo a utilizar um mesmo *kit* de

radiofármaco. O número máximo de exames agendados (salvo casos de urgência) será de acordo com o número de exames que um mesmo *kit* permite. A desmarcação não antecipada dificilmente resultará num preenchimento da vaga, pelo que o *kit* não será totalmente aproveitado, originando desperdício. A desmarcação do acto clínico pode ser devido a erro dos colaboradores, pois existe uma instrução de trabalho interna no SMN que responsabiliza os assistentes administrativos por contactarem os doentes de modo a confirmar a sua presença no dia/hora agendada com a preparação para o exame (caso seja necessária) correcta. A desmarcação do acto clínico pode ser ainda devida a factores exógenos ao SMN não controláveis. Assim, só é possível avaliar tendências de modo a despoletar acções preventivas para minorar o consequente impacto negativo na eficiência.

As faltas dos doentes agendados contribuem de igual forma como as desmarcações não antecipadas, para diminuir a eficiência e prejudicar os níveis de produtividade do SMN. Com efeito, atribui-se os mesmos dois objectivos operacionais: reduzir a frequência de falta do doente, devido a erro do colaborador ou devido a factores exógenos ao SMN.
Os desperdícios de recursos materiais podem ser devidos a erro dos fornecedores, por defeitos no material adquirido, devido a erros dos colaboradores (técnicos, administrativos de processamento e etc.) na realização dos procedimentos internos e devido a outras causas como a expiração do prazo de validade dos radiofármacos, necessidade de repetição de actos clínicos sem que tenha ocorrido algum tipo de erro entre outros. Todas estas formas de desperdício contribuem para minimizar a eficiência dos processos internos e diminuem a sustentabilidade do serviço pelo gasto acrescido de recursos (materiais, financeiros e humanos).

A disponibilidade do equipamento da Câmara Gama no caso concreto do SMN, deve ser maximizada de modo a promover a eficiência dos processos internos, aumentar a produtividade clínica do Serviço e contribuir para uma maior sustentabilidade. A disponibilidade máxima da Câmara Gama é garantida com tempos de intervenção (manutenção correctiva, preventiva e controlo de qualidade) diminutos e redução da frequência de falhas. Neste sentido torna-se importante reduzir a duração da manutenção correctiva e preventiva e não exceder os tempos de controlo de qualidade para além do previsto. A imprevisibilidade da intervenção correctiva contribui para uma diminuição da eficiência do SMN, uma vez que este tempo de paragem não previsível reflecte tempo subaproveitado. Prever a frequência da intervenção auxilia no planeamento eficiente do tempo de paragem, podendo este ser aproveitado para a realização de tarefas paralelas à actividade clínica. De igual modo um aumento na frequência de intervenções poderá reflectir má execução dos

responsáveis pela manutenção. O tempo que decorre entre o pedido da intervenção e a execução da mesma (tempo de reacção) dita o tempo de suspensão da actividade clínica do Serviço, pelo que deve ser objectivo diminui-lo. A eficiência da resposta dos responsáveis pela manutenção contribui para maximizar a eficiência do SMN.

As falhas do equipamento podem ser devidas a erros dos colaboradores, erros técnicos que podem ocorrer durante a execução da manutenção e avarias do próprio equipamento. Todos estes factores contribuem directamente para a indisponibilidade da Câmara Gama e, por conseguinte, para minorar a eficiência do SMN. Avaliar a frequência e identificar a origem das falhas permite reduzir a indisponibilidade do equipamento, contribuindo de forma positiva para maximizar a eficiência do SMN.

A motivação dos recursos humanos é um factor fundamental para promover a maximização da produtividade. A produtividade maximizada aumenta a sustentabilidade. A melhoria efectiva dos métodos de trabalho e a promoção de uma cultura de inovação contribui para a produtividade e gera eficiência – colaboradores motivados produzem mais e tendem a superar desafios (metas) e despoleta eficácia e eficiência na execução das tarefas atribuídas, reduzindo a frequência de erros. A taxa de ocupação dos colaboradores traduz, de igual modo, a eficiência dos recursos humanos e do Serviço, indica se a contribuição de cada colaborador no processo está optimizada motivando comportamentos de eficiência e reduzindo as horas de trabalho extraordinárias. A necessidade de horas extraordinárias reflecte a incapacidade dos colaboradores de cumprirem com os objectivos propostos, ineficiência da gestão do planeamento do Serviço ou insuficiência de recursos humanos, contribuindo para a desmotivação dos colaboradores e, consequentemente, despromoção da qualidade do serviço prestado e da produtividade.

Após a concepção ou, no limite, a idealização dos objectivos operacionais, elaborou-se uma Listagem de Indicadores para o SMN (ver anexo III), a qual foi igualmente partilhada com a Directora do SMN, tendo resultado algumas reformulações. Estas reformulações prenderam-se com a ausência ou dificuldade de obter informação que sustente a sua medição. A ausência de sistemas de informação para a gestão interna do serviço, o manancial de informação diária acumulada e dispersa e a falta de cultura de notificação são alguns dos principais problemas comuns à maioria dos serviços prestadores de cuidados de saúde Tipicamente, os indicadores associados aos objectivos operacionais devem ser de monitorização simples, possuírem uma

fórmula de cálculo elucidativa da grandeza a medir e traduzirem a imagem real do desempenho da organização.

A figura seguinte (figura 19) representa um exemplo do desdobramento de um indicador definido para um objectivo operacional em concreto. Na descrição dos indicadores inclui-se o objectivo ao qual o indicador está associado, o nome do indicador e respectiva numeração atribuída, a justificação, a pertinência da sua escolha onde se pretende objectivar o porquê da relevância da sua medição, o impacto, directo ou indirecto, que produz no alcance do objectivo primordial (nível 1) ou nos restantes objectivos a níveis superiores da hierarquia, a fórmula de cálculo, a polaridade do indicador - se é do tipo "quanto mais melhor (+)" ou do tipo "quanto menos melhor (-)", a meta que se pretende atingir (valor acordado com cada responsável). Este valor representa a meta que cada responsável se compromete a atingir a curto prazo. A fonte de onde se extraem os dados que permitirão a sua aferição, a periodicidade com que o indicador será monitorizado, o(s) responsável(eis) pela sua monitorização e o alvo do indicador que corresponde ao grupo profissional afecto pelo indicador.

1. Maximizar a Satisfação dos clientes (*stakeholders*)
(*stakeholders* – doentes, médicos prescritores, administração e entidade pagadora)
1.1. Melhorar a Satisfação relativamente a resultados
1.1.1. Diminuir a frequência de repetição de exames

Objectivo	Diminuir a frequência de repetição de exames devido a erro dos colaboradores (1.1.1)
Indicador	Repetição de exames (I01)
Justificação	Os erros dos colaboradores podem conduzir à necessidade de repetir o exame, originando desperdícios de recursos (materiais, humanos e financeiros) e tempo, contribuindo para um impacto negativo em termos de eficiência e qualidade do serviço prestado, e reflectindo-se em insatisfação dos *stakeholders*. Erros técnicos possíveis: posicionamento incorrecto do doente, má execução na aquisição e processamento de imagens, preparação e administração incorrecta de radiofármacos, artefactos, avaria de equipamento, deterioração do bem-estar do doente e troca de identificação de doentes ou de radiofármacos.
Fórmula de cálculo	Nº exames repetidos devido a erro técnico / nº total de exames realizados
Polaridade	Baixos valores são considerados bons
Meta	0 repetições de exames / mês
Fonte	Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Prata + Manuela Filipe
Alvo do indicador	Equipa Médica / Equipa Técnica / Equipa de Enfermagem

Figura 19 – Exemplo da descrição dos indicadores associados aos objectivos operacionais estabelecidos para o SMN.

A listagem dos indicadores do SMN completa encontra-se na secção Anexos (ver anexo III).

4ª Fase: Concepção do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão com aplicação no Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Com a fase de definição de objectivos operacionais e respectivos indicadores concluída, procedeu-se à estruturação do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG) ajustado à realidade operacional do Serviço de Medicina Nuclear (SMN) do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO). O SADG, desenhado em EXCEL, é composto de cinco folhas distintas com diferentes funções. Numa primeira fase, a hierarquia de objectivos foi transposta para o EXCEL e ajustada ao seu formato final (ver figura 20).

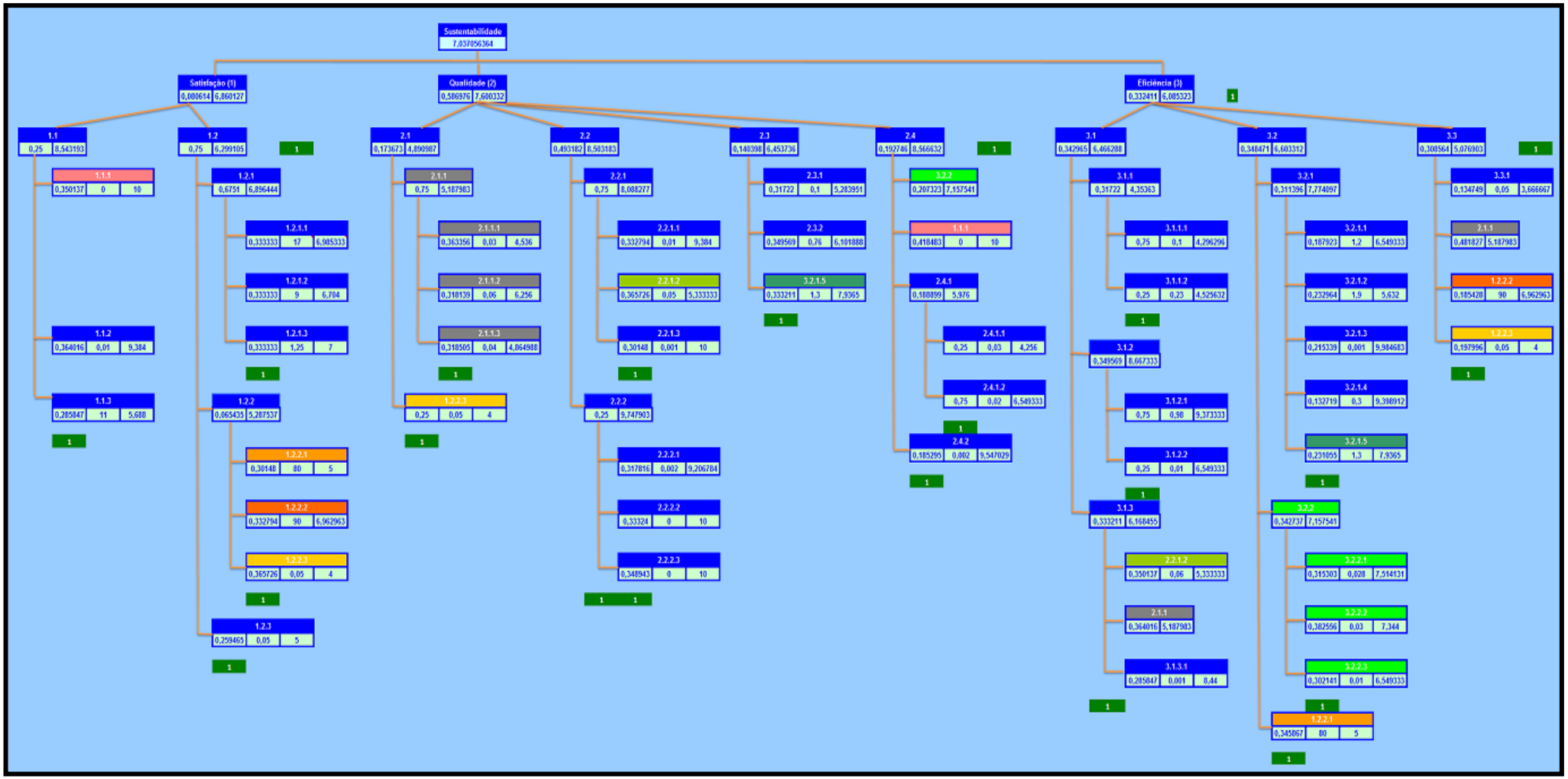


Figura 20 – Folha "Hierarquia" do SADG do SMN.

Nota: Para facilitar a concepção da estrutura hierárquica, cada objectivo está representado apenas pelo seu número com excepção dos objectivos de primeiro e segundo nível. Não obstante, esta representação não desvirtua a estrutura representada na figura 18. As cores iguais (aparte da cor azul) representam o mesmo objectivo, destacando que um mesmo objectivo pode contribuir para o alcance de objectivos parentais diferentes.

Esta folha denominada "Hierarquia", contém associadas, a cada objectivo do último nível, três células que são preenchidas com a ponderação (ou preferência) atribuída a cada critério/objectivo, com o valor da métrica obtido em cada período de controlo e com o correspondente valor de mérito.

Aos objectivos superiores da hierarquia apenas estão associadas duas células que correspondem à ponderação/preferência atribuída a cada critério/objectivo e ao valor de mérito que é obtido pela soma dos produtos do mérito obtido de cada objectivo pelas ponderações de cada objectivo no sentido ascendente da hierarquia – os méritos conseguidos pelos vários objectivos operacionais contribuem assim de forma ponderada para o mérito de cada objectivo parental. Esta lógica é seguida para se obter o mérito dos objectivos sucessivamente anteriores na hierarquia até ao topo (objectivo de primeiro nível) no qual só se calcula o mérito ponderado dos seus objectivos imediatamente inferiores (objectivos de segundo nível), daí que seja atribuída a designação de mérito global ao mérito do objectivo de primeiro nível. Os *inputs* numéricos que a folha "Hierarquia" recebe provêm de três diferentes folhas: o valor da ponderação da folha "Ponderações"; o valor da métrica da folha "Lista de métricas" e o valor do mérito da folha "Curvas mérito – métrica". Neste sentido, a folha "Hierarquia" é apenas uma visualização gráfica objectiva de ponderações, métricas e méritos de cada objectivo e do mérito global.

A folha "Ponderações" é como o próprio nome indica a folha onde se calculam as ponderações/preferências de cada objectivo. Para o seu cálculo recorre-se ao método AHP (ou MHM), descrito no primeiro capítulo desta dissertação (secção 1.2). As ponderações são obtidas através da comparação dois a dois de cada objectivo do mesmo nível hierárquico, a que se atribui uma classificação entre 1 e 9 (ver figura 21) de acordo com a escala definida.

Escala de preferências	
. Se x é **tão importante** (preferível) como y, então ...	1
. Se x é **pouco mais importante** (preferível) do que y, então ...	3
. Se x é **mais importante** (preferível) do que y, então ...	5
. Se x é **muito mais importante** (preferível) do que y, então ...	7
. Se x é **muitíssimo mais importante** (preferível) do que y, então ...	9

Figura 21 – Escala de preferências utilizada para a comparação dois a dois dos objectivos do SMN.

Em seguida obtêm-se a ponderação, através do quociente entre o valor de preferência do objectivo e a soma das preferências dos objectivos pertencestes ao seu nível. Finalmente o valor de preferência, o qual será indexado à folha "Hierarquia", é a média aritmética das ponderações obtidas anteriormente.

A figura seguinte demonstra um exemplo prático da comparação de objectivos em dois níveis diferentes:

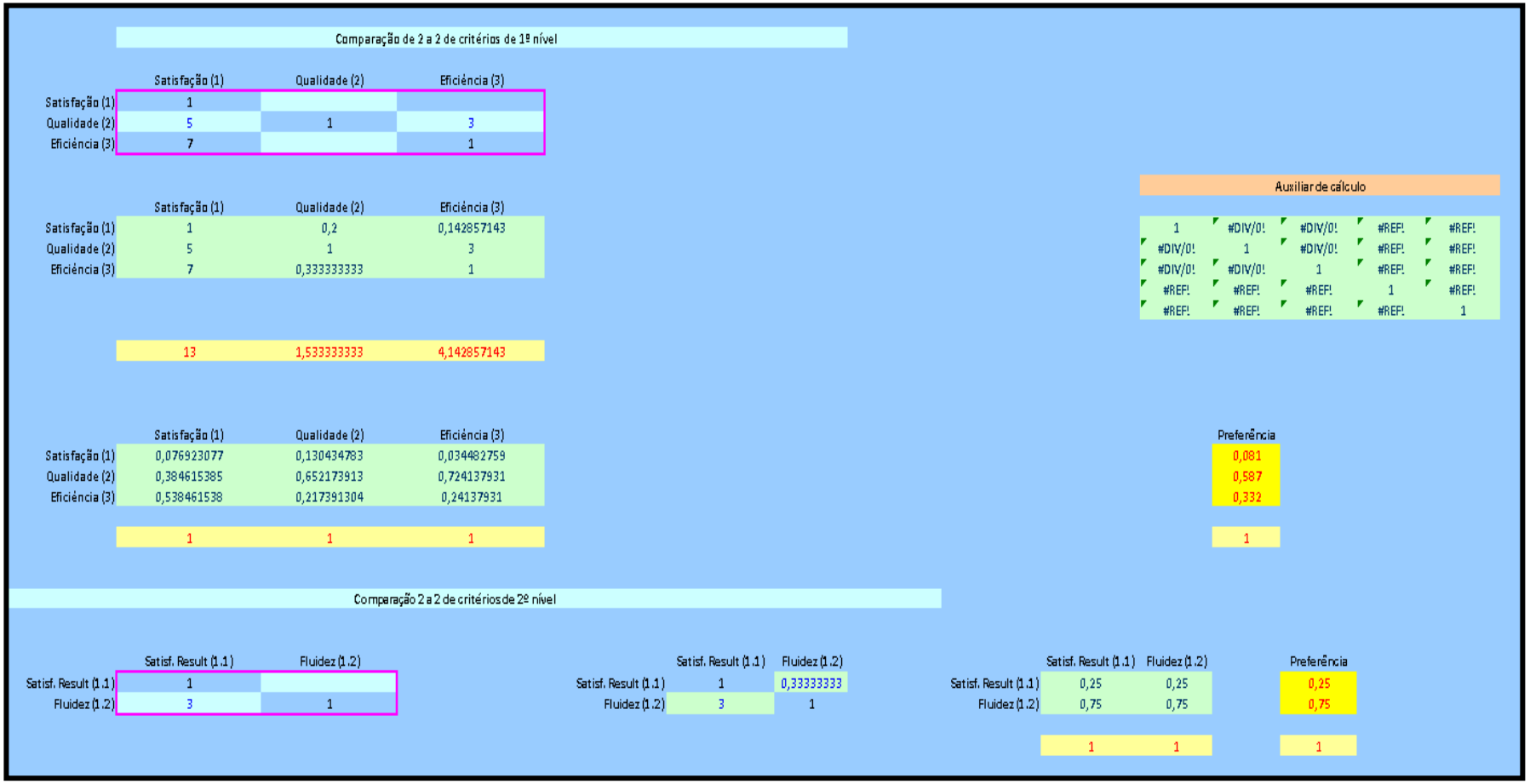
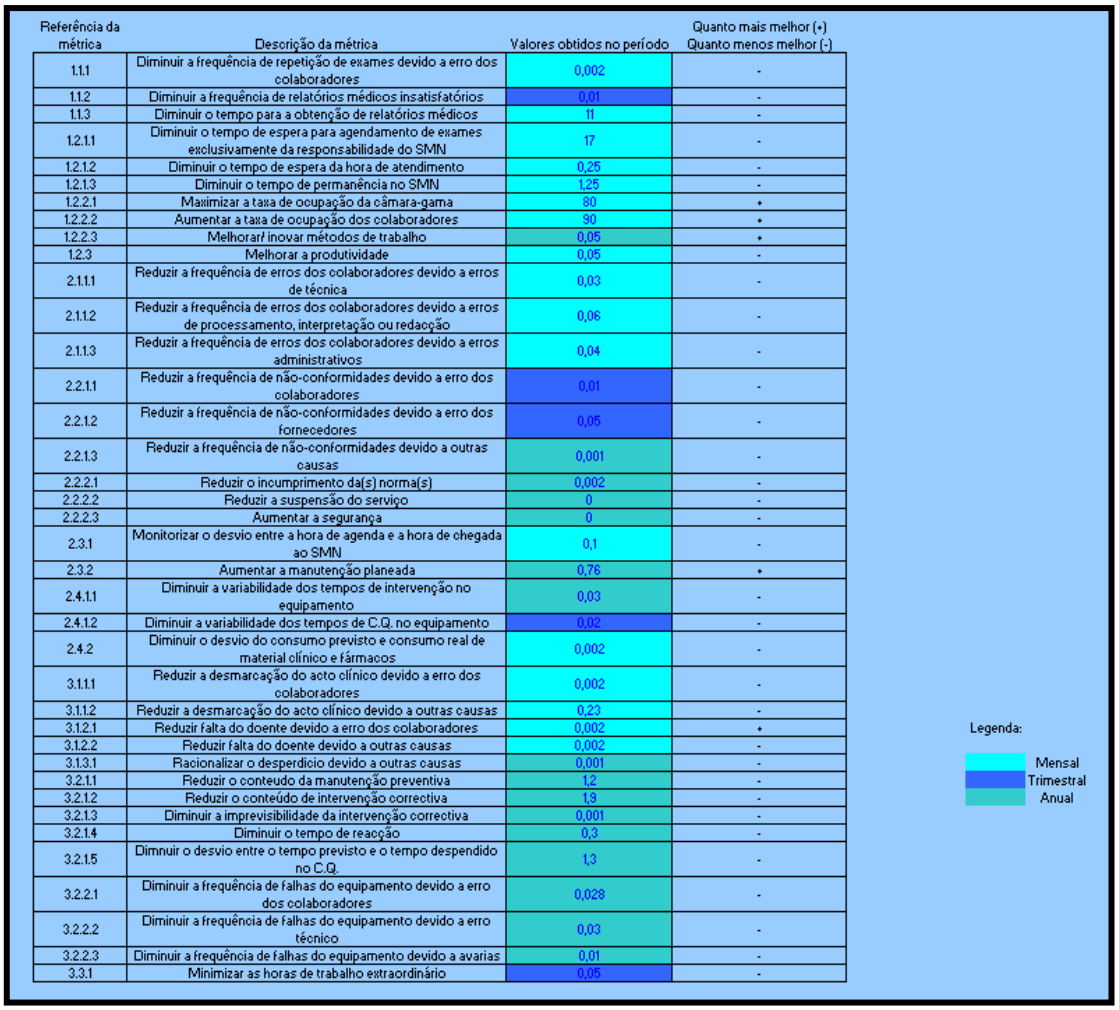


Figura 22 – Exemplo de comparação dois a dois dos objectivos de nível I e II.

As comparações dois a dois são efectuadas para todos os níveis da hierarquia, com a excepção do objectivo de primeiro nível.

A folha inicial, intitulada "Lista de métricas" é a única folha a ser manipulada pelos responsáveis pela monitorização dos indicadores, em cada período de controlo, o valor da métrica é introduzido no campo respeitante "Valores do período". Esta folha (figura 23) contém a designação e respectiva numeração de todos os objectivos operacionais a serem monitorizados, um campo para introdução da data do período de monitorização, uma coluna a ser preenchida com os valores obtidos de métrica em cada período de controlo e, uma última coluna onde se atribui a cada objectivo a sinalética + e – consoante o objectivo for do tipo "quanto mais melhor" ou do tipo "quanto menos melhor" respectivamente. As cores diferentes atribuídas na coluna de "valores do período" surgem para destacar os diferentes períodos de controlo (mensal, trimestral e etc.) em que se monitorizam os diferentes objectivos. Esta decisão é influenciada pela frequência de ocorrência de determinado evento a ser monitorizado, por exemplo, se no historial do SMN, os episódios de suspensão de actividade clínica por incumprimento das normas de qualidade (objectivo 2.2.2.2) são raros ou praticamente inexistentes, não é necessário monitorizar este indicador todos os meses, tendo-se optado, no caso concreto, por monitorizá-lo anualmente.



Referência da métrica	Descrição da métrica	Valores obtidos no período	Quanto mais melhor (+) Quanto menos melhor (-)
1.1.1	Diminuir a frequência de repetição de exames devido a erro dos colaboradores	0,002	-
1.1.2	Diminuir a frequência de relatórios médicos insatisfatórios	0,01	-
1.1.3	Diminuir o tempo para a obtenção de relatórios médicos	11	-
1.2.1.1	Diminuir o tempo de espera para agendamento de exames exclusivamente da responsabilidade do SMN	17	-
1.2.1.2	Diminuir o tempo de espera da hora de atendimento	0,25	-
1.2.1.3	Diminuir o tempo de permanência no SMN	1,25	-
1.2.2.1	Maximizar a taxa de ocupação da câmara-gama	80	+
1.2.2.2	Aumentar a taxa de ocupação dos colaboradores	90	+
1.2.2.3	Melhorar/ inovar métodos de trabalho	0,05	+
1.2.3	Melhorar a produtividade	0,05	-
2.1.1.1	Reduzir a frequência de erros dos colaboradores devido a erros de técnica	0,03	-
2.1.1.2	Reduzir a frequência de erros dos colaboradores devido a erros de processamento, interpretação ou redacção	0,06	-
2.1.1.3	Reduzir a frequência de erros dos colaboradores devido a erros administrativos	0,04	-
2.2.1.1	Reduzir a frequência de não-conformidades devido a erro dos colaboradores	0,01	-
2.2.1.2	Reduzir a frequência de não-conformidades devido a erro dos fornecedores	0,05	-
2.2.1.3	Reduzir a frequência de não-conformidades devido a outras causas	0,001	-
2.2.2.1	Reduzir o incumprimento da(s) norma(s)	0,002	-
2.2.2.2	Reduzir a suspensão do serviço	0	-
2.2.2.3	Aumentar a segurança	0	-
2.3.1	Monitorizar o desvio entre a hora de agenda e a hora de chegada ao SMN	0,1	-
2.3.2	Aumentar a manutenção planeada	0,76	+
2.4.1.1	Diminuir a variabilidade dos tempos de intervenção no equipamento	0,03	-
2.4.1.2	Diminuir a variabilidade dos tempos de C.Q. no equipamento	0,02	-
2.4.2	Diminuir o desvio do consumo previsto e consumo real de material clínico e fármacos	0,002	-
3.1.1.1	Reduzir a desmarcação do acto clínico devido a erro dos colaboradores	0,002	-
3.1.1.2	Reduzir a desmarcação do acto clínico devido a outras causas	0,23	-
3.1.2.1	Reduzir falta do doente devido a erro dos colaboradores	0,002	+
3.1.2.2	Reduzir falta do doente devido a outras causas	0,002	-
3.1.3.1	Racionalizar o desperdício devido a outras causas	0,001	-
3.2.1.1	Reduzir o conteudo da manutenção preventiva	1,2	-
3.2.1.2	Reduzir o conteúdo de intervenção correctiva	1,9	-
3.2.1.3	Diminuir a imprevisibilidade da intervenção correctiva	0,001	-
3.2.1.4	Diminuir o tempo de reacção	0,3	-
3.2.1.5	Dimnuir o desvio entre o tempo previsto e o tempo despendido no C.Q.	1,3	-
3.2.2.1	Diminuir a frequência de falhas do equipamento devido a erro dos colaboradores	0,028	-
3.2.2.2	Diminuir a frequência de falhas do equipamento devido a erro técnico	0,03	-
3.2.2.3	Diminuir a frequência de falhas do equipamento devido a avarias	0,01	-
3.3.1	Minimizar as horas de trabalho extraordinário	0,05	-

Figura 23 – Folha "Lista de métricas" do SADG do SMN.

A folha "Curvas de mérito-métrica" contém um gráfico associado a cada objectivo operacional a ser monitorizado. Esta folha recebe a métrica introduzida na folha "Lista de métricas" transforma-as em mérito, com o auxílio do método de conversão métricas em mérito (MMC) descrito no primeiro capítulo desta dissertação (secção 1.3), o qual é indexado directamente à folha "Hierarquia". Tipicamente, a escala de variação de mérito utilizada é de 0 a 10, sendo 0 o valor mínimo e 10 o valor máximo de mérito. A figura seguinte (figura 24) representa um exemplo prático de um objectivo do tipo "quanto mais melhor" ao qual é atribuído a sinalética + (célula verde do canto inferior esquerdo). (1)

(1): A sinalética é coerente com a sinalética da folha "Lista de métricas"; uma mudança no tipo de variação de métrica com o mérito é somente alterada na folha "Lista de métricas" que alterará automaticamente o sinal na folha "Curvas mérito – métrica".

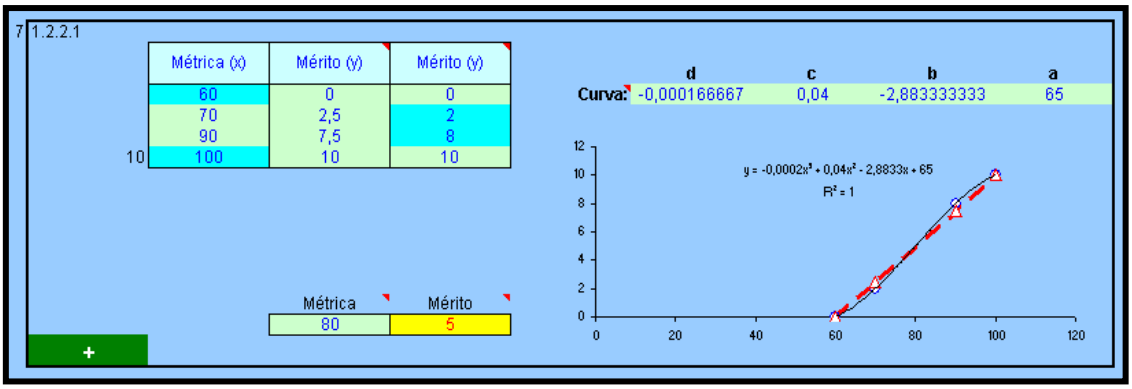


Figura 24 – Curva de mérito – métrica representativa de um objectivo do tipo "quanto mais melhor".

O quadro apresentado no canto superior esquerdo divide-se em três colunas. A primeira coluna "métrica (x)" é onde se introduz o valor mínimo e máximo (células de fundo azul claro) aceitáveis de métrica para determinado indicador associado ao objectivo que é representado pela respectiva numeração (canto superior esquerdo), as restantes linhas da coluna de métrica são automaticamente calculadas representando o primeiro e terceiro quartil do intervalo de métricas. Para facilitar o cálculo, foi adicionada uma célula exterior ao quadro que executa o quociente do intervalo de métricas em quatro partes iguais. Neste sentido, o primeiro e terceiro quartil são calculados recorrendo a este quociente auxiliar, o primeiro quartil é a soma do valor inicial de métrica (valor mínimo) e o quociente e o terceiro quartil é calculado através da soma do valor inicial da métrica e o produto do quociente por três.

A segunda coluna "mérito (y)" é uma coluna fixa que fornece a informação da variação linear de mérito, isto é divide em quatro partes iguais a escala genérica de mérito (representada no gráfico pela recta vermelha a tracejado), auxiliando a construção da curva de mérito – métrica a ser desenhada pelo gestor. Esta curva é representada numericamente pela terceira coluna "mérito (y)" Nesta coluna o primeiro e o último valor de mérito, associados ao valor mínimo e máximo de mérito respectivamente, mantêm-se inalteráveis (iguais à coluna fixa) e, apenas as células identificadas a azul claro, serão modificadas pelo gestor de forma a desenhar a curva de mérito – métrica que melhor representará o alcance do objectivo que esta representa.

A curva, representada no gráfico do lado direito, pretende representar o nível de mérito ou, de esforço empreendido pelo responsável do indicador no alcance da meta estabelecida. A curva será tanto mais inclinada quanto maior a "dose" de esforço necessária para alcançar a métrica desejada. O gráfico é construído segundo uma função polinomial de terceiro grau que traduz a conversão da métrica em mérito. Esta função é calculada recorrendo à função PROJ.LIN do Excel. No eixo das ordenadas (de acordo com o quadro) representam-se os valores do mérito e no eixo das abcissas os valores da métrica. A equação que define a curva de mérito – métrica é

apresentada por extenso imediatamente antes do gráfico. A duas células do lado esquerdo do gráfico, referente à métrica e ao mérito são automaticamente calculadas. A célula de métrica é preenchida automaticamente com o valor escrito na folha "Lista de métricas" no respectivo objectivo e a célula de mérito (fundo de cor amarela) é automaticamente calculada com base na equação da curva de mérito – métrica. O valor de mérito é indexado automaticamente na folha "Hierarquia". Neste sentido, esta folha não necessita de ser modificada pelos responsáveis pela monitorização dos indicadores, salvo casos em que o intervalo de métricas se altere, por exemplo pela melhoria de procedimentos se pretenda elevar a fasquia da meta, ou se a curva desenhada demonstrar com o passar do tempo que se encontra desfasada da realidade, isto é, se o gestor se aperceber que não é representativa do esforço empreendido ou, porque é necessário uma maior "dose" de esforço para se alcançar um determinado valor de métrica ou porque é já trivial o seu alcance pelo que o valor de métrica correspondente à fasquia 10 terá de ser ajustado.

A figura seguinte (figura 25) representa um objectivo do tipo "quanto menos melhor". Neste tipo de polaridade de objectivo, a obtenção da curva mérito – métrica processa-se de forma semelhante à anteriormente descrita para o objectivo do tipo "quanto mais melhor". As diferenças neste tipo de polaridade prendem-se com o facto de se alterar na coluna "métrica (x)" a disposição do intervalo de métricas, fazendo corresponder ao mérito 0, o valor mais elevado da métrica, e ao mérito 10, o valor mais baixo da métrica. Toda a teoria por detrás da construção da curva mérito – métrica, descrita anteriormente, mantém-se inalterável.

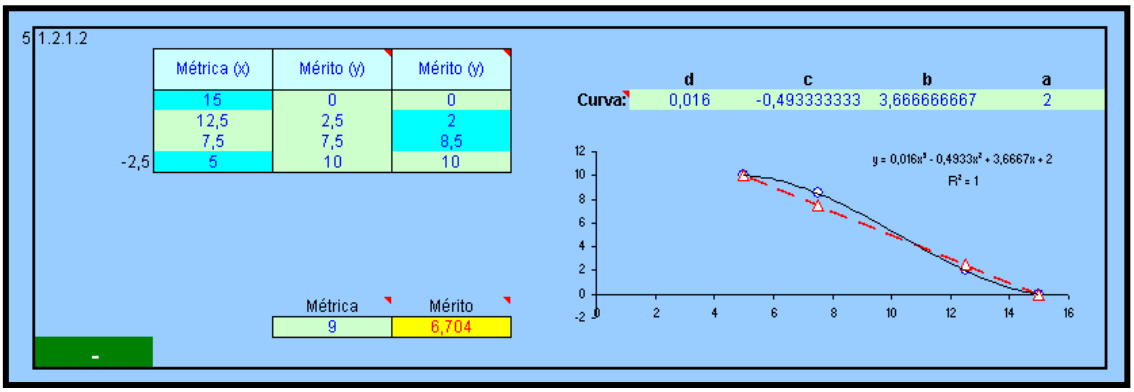


Figura 25 – Curva mérito – métrica representativa de um objectivo do tipo "quanto menos melhor".

A última folha "Sensibilidade", auxilia na percepção de qual(is) o(s) objectivo(s) que tem maior impacto, o que contribuí mais, para a melhoria do mérito global, isto é, para aumentar o mérito do objectivo de primeiro nível (Sustentabilidade). Para tal, prioriza-se os objectivos em função do seu grau de impacto no mérito global com base numa análise de sensibilidade do mérito global a variações percentuais dos méritos parciais. A análise de sensibilidade consiste

em supor que as métricas dos vários objectivos são melhoradas de uma certa percentagem à vez e avaliar o impacto percentual no mérito global. A figura 26 demonstra a construção da análise de sensibilidade para o SMN. A célula "Melhoria de cada indicador" é preenchida com o valor percentual com que se pretende melhorar a métrica de cada objectivo operacional. A célula "Mérito Global Actual" é o valor indexado da folha "Hierarquia" correspondente ao mérito do objectivo de nível I (sustentabilidade).

Melhoria de cada indicador = 10%

Mérito Global Actual = 7,03219

Designação da métrica	Métrica actual	Métrica ajustada (1)	Métrica limite (2)	Mérito actual	Mérito ajustado	Mérito Global Ajustado	Sensibilidade	Ranking
1.1.1	0	0	0	10	10	7,032191652	0,00%	35
1.1.2	0,01	0	0	9,384	10	7,036710726	0,06%	23
1.1.3	11	0	0	5,688	10	7,05703217	0,35%	16
1.2.1.1	17	10	10	6,985333333	10	7,073207871	0,58%	10
1.2.1.2	9	5	5	6,704	10	7,077035567	0,64%	8
1.2.1.3	1,25	1	1	7	10	7,073008322	0,58%	11
1.2.2.1	80	88	100	5	7,448	7,133187258	1,44%	5
1.2.2.2	90	99	100	6,962962963	9,864296296	7,09119299	0,84%	7
1.2.2.3	0,05	0,055	0,1	4	4,576	7,059402348	0,39%	13
1.2.3	0,05	0	0	5	10	7,110627974	1,12%	6
2.1.1.1	0,03	0	0	4,536	10	7,309560265	3,94%	2
2.1.1.2	0,06	0	0	6,256	10	7,198596818	2,37%	4
2.1.1.3	0,04	0	0	4,864987654	10	7,260683713	3,25%	3
2.2.1.1	0,01	0	0	9,384	10	7,076700411	0,63%	9
2.2.1.2	0,05	0	0	5,333333333	10	7,464816855	6,15%	1
2.2.1.3	0,001	0,0011	0,3	10	10	7,032191652	0,00%	35
2.2.2.1	0,002	0,001818182	0	9,206784	9,276181317	7,033787848	0,02%	30
2.2.2.2	0	0	0	10	10	7,032191652	0,00%	35
2.2.2.3	0	0	0	10	10	7,032191652	0,00%	35
2.3.1	0,1	0,090909091	0	5,283950617	5,51901012	7,038336629	0,09%	19
2.3.2	0,76	0,836	1	6,101888	7,011627861	7,058399584	0,37%	15
2.4.1.1	0,03	0,027272727	0	4,256	4,665664914	7,034380438	0,03%	28
2.4.1.2	0,02	0,018181818	0	6,549333333	6,775356875	7,035814494	0,05%	26
2.4.2	0,002	0,001818182	0	9,547029333	9,587089406	7,033031464	0,01%	32
3.1.1.1	0,1	0,090909091	0	4,296296296	4,512062777	7,038044006	0,08%	21
3.1.1.2	0,23	0,209090909	0	4,525632	4,744687203	7,034172171	0,03%	29
3.1.2.1	0,98	1	1	9,373333333	10	7,050922451	0,27%	18
3.1.2.2	0,01	0,009090909	0	6,549333333	6,775356875	7,034443568	0,03%	27
3.1.3.1	0,001	0,000909091	0	7,992	8,543250689	7,038177535	0,09%	20
3.2.1.1	1,2	1	1	6,549333333	10	7,055582083	0,33%	17
3.2.1.2	1,9	1	1	5,632	10	7,068896713	0,52%	12
3.2.1.3	0,001	0,000909091	0	9,984682656	9,986073821	7,032202458	0,00%	34
3.2.1.4	0,3	0,272727273	0	9,398912	9,452015026	7,032445871	0,00%	33
3.2.1.5	1,3	1,181818182	1	7,9365	8,682945154	7,058910228	0,38%	14
3.2.2.1	0,028	0,025454545	0	7,514130963	7,705827865	7,036009021	0,05%	25
3.2.2.2	0,03	0,027272727	0	7,344	7,551465064	7,037204241	0,07%	22
3.2.2.3	0,01	0,009090909	0	6,549333333	6,775356875	7,036504706	0,06%	24
3.3.1	0,05	0,045454545	0	3,666666667	3,771600301	7,033641956	0,02%	31

Figura 26 – Folha "Sensibilidade" do SADG do SMN.

A tabela abaixo das células descritas anteriormente está dividida em oito colunas. A primeira coluna "Designação da métrica" corresponde somente à listagem numérica dos objectivos operacionais de acordo com a folha "Lista de métricas" e, consequentemente, com a estrutura hierárquica de objectivos. A coluna seguinte "Métrica actual" é o correspondente valor da métrica, aferido no período de controlo. Este valor é, igualmente, indexado da folha "Lista de métricas". A terceira coluna "Métrica ajustada" é o produto entre o valor da métrica actual e o valor percentual com que se pretende melhorar a métrica ("melhoria de cada indicador"), aumentado em uma unidade. A coluna seguinte "Mérito actual" é o valor de mérito correspondente a cada objectivo resultante da conversão de métrica em mérito. Os valores apresentados nesta coluna são automaticamente indexados da folha "Curvas mérito – métrica". A coluna "Mérito ajustado", é o resultado da curva de mérito – métrica com o valor da métrica ajustada. Para tal, construiu-se uma folha "Auxiliar" (figura 27) com curvas de mérito – métrica seguindo o mesmo principio que a folha "Curva mérito – métrica", onde na célula

"Métrica" é indexado o valor da métrica ajustada obtido na folha "Sensibilidade" na coluna "Métrica ajustada". O valor de mérito ajustado é posteriormente indexado da folha "Auxiliar" da célula "Mérito" (célula de cor amarela).

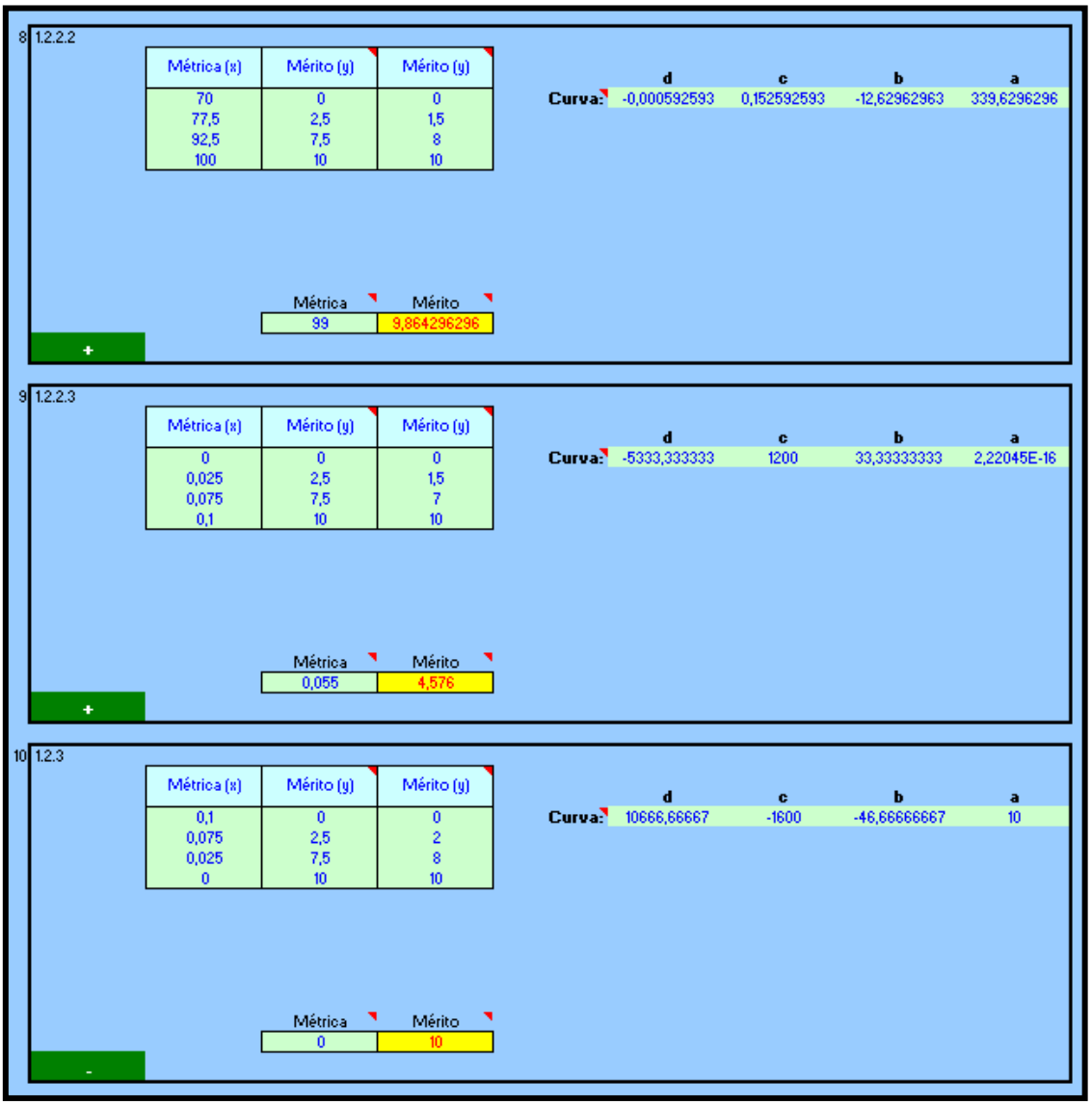


Figura 27 – Folha "Auxiliar" do SADG do SMN.

A coluna "Mérito Global Ajustado" corresponde ao incremento do valor do Mérito Global Actual (célula de cor verde claro) resultante da melhoria de cada indicador à vez e é calculado de forma ascendente na hierarquia de objectivos pelo valor de ponderação do próprio objectivo e respectivos elementos parentais que contribuem para o mérito global. Note-se que no caso de repetição de objectivos na hierarquia as suas ponderações são, também, contabilizadas, em forma de soma dos vários produtos das ponderações.

A coluna “Sensibilidade” é o resultado do quociente do desvio entre o mérito global ajustado e o mérito global actual pelo mérito global actual. O valor da sensibilidade é obtido em forma de percentagem.

A última coluna “*Ranking*” é a coluna que permite ordenar ou priorizar, entre 1 e 37, recorrendo à fórmula ORDEM do EXCEL, os vários objectivos, em função dos valores de sensibilidade obtidos. A maior percentagem de sensibilidade corresponde ao número 1e a menor percentagem de sensibilidade corresponde ao número 37.

A figura seguinte (figura 28) representa uma análise de Pareto que permite ordenar, por ordem decrescente, o impacto de cada objectivo no mérito global. A análise de Pareto auxilia na identificação dos objectivos prioritários, isto é, aqueles que mais contribuem para aumentar o valor do mérito global.

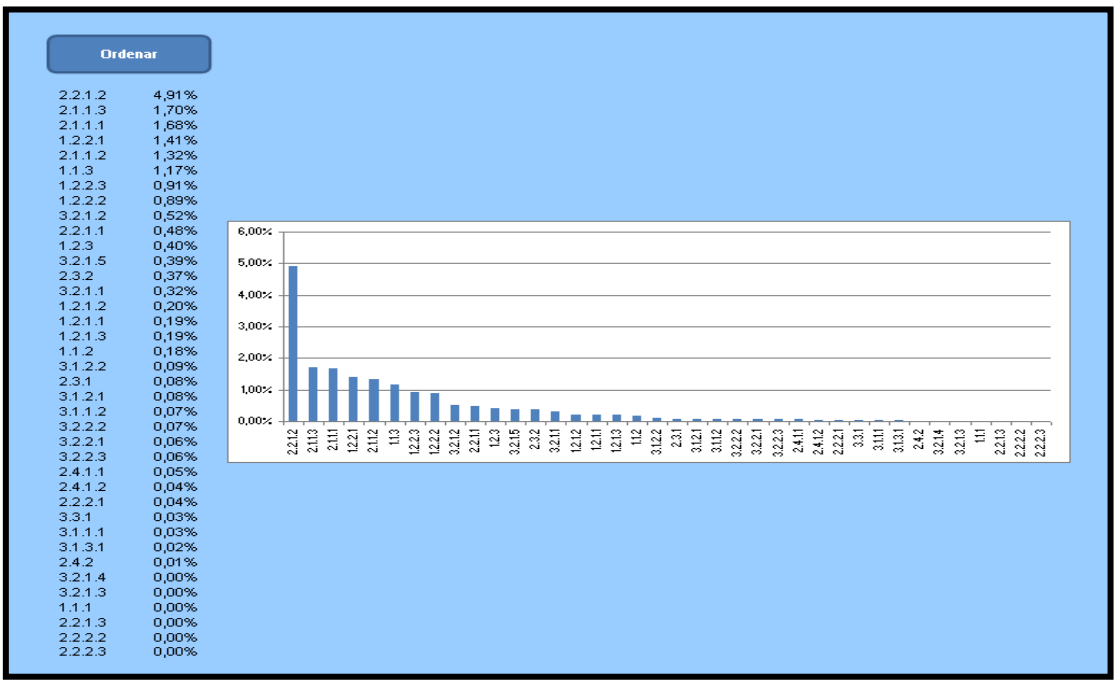


Figura 28 – Análise de Pareto dos objectivos que integram o SADG do SMN.

5ª Fase: Implementação do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão no Serviço de Medicina Nuclear do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

A fase de implementação do Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG) é a última fase deste projecto. Esta é a fase com mais retrocessos, a mais demorada e a mais prejudicada. Os retrocessos devidos, à escassez ou inadequação de fontes de informação para sustentação dos indicadores e, ainda, devido a ajustes nas fórmulas de cálculo dos indicadores.

Neste sentido, desenvolveram-se ou melhoram-se documentos ou base de dados internos do Serviço de Medicina Nuclear (SMN), em conjunto com os responsáveis pelos indicadores, que permitirão o acesso mais célere e melhorado a dados de sustentação dos indicadores. Uma fase demorada, porque as alterações implementadas levam o seu tempo até se poder "colher" a informação e, também, pela escassez de sistemas de informação que dificultam a recolha de dados, sendo na maioria dos indicadores um levantamento de informação manual. É, ainda, a fase mais prejudicada pela falta de tempo. O tempo dedicado ao projecto não permite a implementação integral do SADG no SMN, por um lado, porque alguns indicadores não são monitorizados mensalmente, por outro lado, porque existem indicadores que necessitam de criação de documentação. Por exemplo, para o objectivo 1.1.2 "diminuir a frequência de relatórios médicos insatisfatórios", foi definido como fonte inquéritos de satisfação a médicos prescritores. Estes inquéritos ainda não estão em prática no SMN, pelo que a aferição desta métrica para efeitos deste projecto é baseada no historial do Serviço no caso concreto pelo *feedback* (informal) dos médicos prescritores. Em adição, os indicadores não monitorizados no tempo em que o projecto decorre serão, igualmente, aferidos com base no historial do Serviço.

Posto isto, a fase de implementação é um trabalho desenvolvido em conjunto com os responsáveis pela monitorização dos indicadores. De um modo genérico, para monitorização dos diferentes indicadores procede-se à recolha de dados, transcreve-se (quando necessário) para uma folha de cálculo do EXCEL e através da fórmula de cálculo, a métrica é aferida. Nesta fase, como já foi referido, contando com a sensibilidade dos responsáveis pela monitorização dos indicadores, a fórmula de obtenção do indicador é reajustada eliminando, por exemplo, casos excepcionais os quais prejudicam o mérito e não traduzem a realidade das rotinas do SMN (exemplo: as urgências não devem ser contempladas no indicador que monitoriza o tempo de agendamento). Seguidamente, os valores aferidos no período de controlo foram transcritos para a folha "Lista de métricas" do SADG. O mérito global, bem como, os méritos de cada objectivo da estrutura hierárquica e a análise da sensibilidade podem ser analisados com a frequência que os gestores do SMN decidirem. Tipicamente, o SADG é integrado em reuniões de Gestão enquanto ferramenta de apoio à decisão clara e objectiva, uma vez que espelha a realidade do desempenho actual bem como, auxilia na definição de iniciativas de melhoria prioritárias. Dá a imagem de onde se está e para onde se pretende ir.

6. Considerações Finais

O objectivo deste projecto consistiu na concepção e implementação de um Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão (SADG) no Serviço de Medicina Nuclear (SMN) do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. (HGO). A grande motivação para este projecto, prende-se com o facto das Entidades Prestadoras de Cuidados de Saúde (EPCS), nomeadamente, as do sector público, necessitarem de ferramentas que auxiliem objectivamente a tomada de decisão, garantindo a sustentabilidade das mesmas. Enfrentar mudanças e desafios, crises e oportunidades, torna a gestão hospitalar um exercício de elevado risco, mais ainda, no período de fortes restrições financeiras que atravessamos. Neste sentido os administradores hospitalares, bem como, os decisores clínicos necessitam de ferramentas de gestão transparentes, que permitam a tomada de decisão rápida alicerçada em informação confiável, permitindo o controlo sobre processos internos de modo a promover a eficiência e a qualidade dos mesmos e a sustentabilidade das instituições Acresce, ainda, como motivação para a execução deste projecto, as palavras que se podem ler no *website* do Ministério da Saúde: "…as EPCS devem promover um modelo de gestão que garanta a qualidade dos serviços prestados, focada em resultados, centralizada no utente, com critérios de eficiência operacional e promoção da motivação dos demais profissionais, visando a sustentabilidade das mesmas."

Por todos estes motivos, o SADG foi a ferramenta escolhida para a medição do desempenho do SMN, pois possui a mais-valia de integrar num mesmo sistema três metodologias de apoio à gestão: o *Balanced Scorecard* (BSC), o qual permite a tradução da estratégia em termos operacionais; o *Analythical Hierarchy Process* (AHP), o qual permite estruturar, numa lógica hierárquica, os objectivos operacionais e estabelecer comparações entre eles de modo a definir preferências e *Merit-Metric Conversion* (MMC) o qual permite converter métricas em mérito, ou seja, traduzir numa escala apreciativa o maior ou menor esforço desenvolvido na prossecução dos objectivos quantificados.

No desenvolvimento de implementação de uma qualquer ferramenta de gestão que permita, a um serviço clínico público, medir o seu desempenho, de modo a fornecer uma imagem da sua realidade, facilitando a tomada de decisão e promovendo a melhoria contínua, há que considerar os constrangimentos que as organizações pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde enfrentam actualmente. Tipicamente, os constrangimentos que estas organizações enfrentam prendem-se com a degradação crescente das infra-estruturas e dos equipamentos, a insuficiência de recursos e de sistemas de informação. Estes são, apenas, alguns exemplos de factores que podem comprometer a sustentabilidade das EPCS.

Para o sucesso da implementação do SADG contribuiu, em grande parte, a aceitação e cooperação dos intervenientes no processo.
Durante a fase de concepção do SADG, foram muitas as preocupações consideradas: a sua adequabilidade a um Serviço de prestação de cuidados de saúde público, sem nunca ignorar os imponderáveis; a singularidade do serviço que presta; a vulnerabilidade do público-alvo; e o carácter não lucrativo da organização onde se insere.

Do conhecimento adquirido pela integração na rotina do SMN e da experiência partilhada com os demais profissionais que o integram, foi elaborada uma estrutura hierárquica de trinta e sete objectivos que traduz a contribuição ascendente dos objectivos operacionais no alcance do objectivo primordial (nível I), maximizar a sustentabilidade do SMN.

A hierarquia concebida com base no mapa de estratégia do SMN é uma das folhas principais que integra o SADG. Para cada objectivo operacional é calculado o valor da sua preferência por comparação dois a dois com os demais objectivos do mesmo nível hierárquico e aferido um indicador (escrito na folha "Lista de métricas") o qual é posteriormente convertido num valor de mérito (folha "Curva mérito-métrica). O mérito dos restantes objectivos da hierarquia (dos níveis superiores) é calculado, de forma ascendente de méritos parciais e ponderados daquela hierarquia. O SADG integra, ainda, a análise de sensibilidade que auxilia na percepção dos objectivos que têm maior impacto no mérito global, fornecendo informação objectiva sobre onde, preferencialmente, implementar iniciativas de melhoria.

Após a fase de concepção do SADG, procedeu-se à sua implementação. Devido ao factor tempo disponibilizado para a execução deste projecto, não foi possível a aferição de alguns indicadores de desempenho. Alguns indicadores são monitorizados anualmente ou semestralmente, pelo que o valor apresentado é um valor baseado no historial do SMN. Este método de aferição não compromete, no entanto, a concretização do objectivo deste projecto, uma vez que os procedimentos adjacentes estão todos implementados no SMN.

Adicionalmente à falta de tempo para a execução completa do SADG no SMN, outros constrangimentos dificultaram a celeridade de implementação do método, nomeadamente, a falta de Sistemas de Informação potentes para a recolha de informação pertinente, dificultando a obtenção de dados que sustentem os indicadores. De notar, no entanto, que os constrangimentos não são exclusivos do SMN, mas sim, da generalidade das EPCS públicas. Comummente, numa mesma EPCS pública existe uma panóplia de Sistemas de Informação

que não integram a informação, resultando na dispersão de dados e, muitas vezes, na disparidade entre resultados da recolha destes.

Do final do processo, nasce o SADG desenhado à imagem do SMN. O SADG, estruturado em EXCEL, destaca-se pela simplicidade de manuseamento, uma vez que os responsáveis pela aferição dos indicadores, têm apenas que introduzir o valor da métrica aferida na primeira folha "Lista de métricas" sendo os restantes resultados aferidos automaticamente. Os valores de méritos conseguidos para cada objectivo, são de leitura rápida na "Hierarquia", bem como a análise de Pareto na folha "Sensibilidade". Neste sentido, o SADG revela ser útil para a prática da gestão e não constitui uma sobrecarga de trabalho para os responsáveis pelos indicadores pois possui um elevado grau de automatização.

Considera-se a implementação do SADG no SMN bastante benéfica pois permite avaliar o desempenho actual dos processos internos, permitindo uma gestão mais eficiente com base em resultados transparentes promovendo a sustentabilidade do Serviço. Este método de avaliação concebido sobre os processos internos e seus intervenientes, assim como permite avaliar o contributo destes para o alcance dos resultados pretendidos alinhados com a estratégia definida pelo SMN.

O SADG deve ser encarado como uma fonte de informação de apoio à gestão e não como um método que controla as decisões e, muito menos, os intervenientes dos processos. O objectivo é aprender a melhorar, sabendo exactamente onde fazê-lo e incentivar os próprios intervenientes a sugerirem acções de melhoria, funcionando enquanto equipa onde todos se focam no objectivo comum para o qual cada um contribui motivado com eficácia e eficiência. Adicionalmente, o SADG implementado, constituirá um meio de apoio à demonstração de resultados operacionais e de salvaguarda para os demais profissionais do SMN, no sentido em que torna possível demonstrar que, por exemplo, uma diminuição da produtividade não resultou necessariamente de ineficiência dos profissionais, mas poderá dever-se à degradação do equipamento.

Em suma, a adopção de ferramentas de gestão empresarial pelas EPCS, que permita inserir a sua missão, visão, valores e objectivos, num sistema estruturado e ajustado à sua realidade, contribui para estas organizações alcançarem bons resultados nos serviços e cuidados de saúde prestados.

A crise económica instalada juntamente com as decisões políticas na tentativa de equilibrar a gestão da tesouraria do sector público, começarão, provavelmente, a produzir um impacto

negativo nos indicadores dos EPCS pertencentes ao SNS. Para contornar este cenário, é necessário que os intervenientes das EPCS concentrem forças e se foquem no que é essencial para a melhoria do desempenho destas a curto, mas também a médio e longo prazo. Deste modo, iniciativas que promovam e facilitem a melhoria contínua da qualidade, a rastreabilidade dos processos internos, a motivação dos profissionais, a satisfação dos clientes entre outras, devem ser assumidas pelas EPCS como processos orientadores de operacionalização da sua estratégia.

Processos de monitorização e avaliação de resultados, definidos num SADG, deverão ser percepcionados pelas EPCS como ferramentas essenciais para a prossecução da estratégia, melhoria da qualidade do serviço prestado, eficiência operacional e satisfação dos seus clientes, ao mesmo tempo que garante a sustentabilidade destas organizações pertencentes ao SNS. Salienta-se, ainda, a contribuição do SADG para o processo de apoio à tomada de decisão sobre acções de melhoria, pois garante informação válida e pertinente.

O SADG surge como um método de avaliação do desempenho único, perfeitamente ajustável à realidade das EPCS públicas, como ficou demonstrado com a sua aplicação ao SMN do HGO.

7. Perspectivas Futuras

Como foi sendo referido ao longo do documento, esta dissertação teve como objectivo último a concepção e implementação de um SADG aplicado ao Serviço de Medicina Nuclear inserido Hospital Garcia de Orta, E.P.E.. Neste sentido, será proveitoso a replicação deste sistema de avaliação a outros Serviços do Hospital de modo a ser possível integrar e alinhar todos os Serviços na linhas estratégicas do HGO, contribuindo para garantir a sustentabilidade e a oferta de cuidados de saúde diferenciados da organização como um todo.

8. Bibliografia

1. Kaplan R. S., Norton D. P. (1996) "Using the Balanced Scorecard as a strategic Management System" *Harvard Business Review*, 75 a 85

2. Kaplan R. S., Norton D. P. (1992) "The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance" *Harvard Business Review*, 71 a 79

3. Kaplan R. S., Norton D. P. (1996) "Linking the Balanced Scorecard to Strategy" *California Management Review*, **vol. 39**, n.1, 53 a 80

4. Kaplan R. S., Norton D. P. (1993) "Putting the Balanced Scorecard to Work" *Harvard Business Review*, 134 a 145

5. Zelman W. N., Pink G. H., Matthias C. B. (2003) "Use of the Balanced Scorecard in Health Care" *Journal of HealthCare Finance*, **vol.29**, n.4, 1 a 16

6. Saaty T. L. (2008) "Decision Making with the Analytic Hierarchy Process" *Int. J. Service Sciences*, **vol.1**, n.1, 83 a 98

7. Assis R. (2001) – "*Avaliação Multicritério de Alternativas de Decisão*"

8. Forman E. H., Gass S. I. " *The Analytic Hierarchy Process – An Exposition*"

9. Singh S. Dolan J. G. Centor R. M. (2006) "Optimal management of adults with pharyngitis – a multicriteria decision analysis" *BMC Medical Informatics and Decision Making*, **vol.6,** n.14

10. Power D. (2003) "What is the Analytical Hierarchy Process (AHP)?" *DDS News*, **vol.4**, n.13

11. Assis R. (2010) "*Apoio à Decisão em Manutenção na Gestão de Activos Físicos*", Lisboa, Lidel- Edições Técnicas, cap.8, pp. 443-450

12. Matos L. F. (2006) " *A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital"* Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Portugal

13. Sakellarides C., *et al.*, "*O Futuro do Sistema de Saúde Português – Saúde 2015"*, Relatório preparado para o Observatório do Quadro Comunitário de Apoio III – QCA III, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

14. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007) "*Relatório Final*", Relatório preparado para o Ministro do Estado e das Finanças e Ministro da Saúde, Lisboa

15. Amado C., Pereira dos Santos S. (2009) "Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of Portuguese health centres" *Health Policy*, **vol.91,** pp. 43-56

16. Paulo A. (2010) "SNS: Caracterização e Desafios" GPEARI – MFAP, 1-16

17. Nogueira da Silva, S. (2010), "*Os seguros de Saúde Privados no Contexto do Sistema de Saúde Português*", Lisboa, Associação Portuguesa de Seguradores – APS, pp. 14-82

18. Barros P.P., Simões J.A. (2007) "Health Systems in Transition" *Health Systems Review*, **vol.9**, n.5

19. Direcção Geral de Saúde, Disponível: http://www.dgs.pt/ (recuperado a 9 de Maio de 2012)

20. Hospitais SA (2005), *Empresarialização dos Hospitais SA*, Disponível: http://www.rtsaude.pt/projecto/docs/RTSaude_Doc[empresarializacao_hospitais_sa].pdf (recuperado a 13 de Maio de 2012)

21. Varanda J. (2004) "Hospitais: a longa marcha da empresarialização" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, **vol.4**, pp. 57-63

22. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010) "*A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*" – Ministério da Saúde

23. Pereira da Cruz C. (2009) "*Balanced Scorecard – Concentrar uma organização no que é Essencial!!!*", 2ª edição, Porto, Vida Económica, cap. V-VI

24. Franco A. *et al.* (2008) "*Manual de Gestão de Processos Organizacionais da ANEEL*", Brasília, Agência Nacional de Energia Eléctrica - ANEEL, pp. 1-25

25. Assis R. (1997) "Avaliação Multicritério do Impacte de Projectos de Produtividade nos Objectivos da Empresa"

26. Plano Estratégico do Hospital Garcia de Orta, E.P.E. 2010 -2012, Disponível: http://galatea/Lists/Documentos_HGO/Attachments/47/PEN_22_12_12.pdf (recuperado em Novembro de 2012)

27. Hospital Garcia de Orta (2013), *Principais Linhas Estratégicas 2013 – 2015*, Disponível: http://galatea/SiteAssets/Lists/Noticias/NewForm/Principais%20linhas%20estratégicas%202013-2015.pdf (recuperado a 8 de Março de 2013)

28. Serviço de Medicina Nuclear (2012), *Política do Serviço de Medicina Nuclear*, pp. 1-9

29. Serviço de Medicina Nuclear (2012), *Fluxograma de Procedimentos Diagnósticos*, pp.4

30. Serviço de Medicina Nuclear (2012), *Organograma do Serviço de Medicina Nuclear*, pp. 1-2

Anexo I

- Listagem de Procedimentos realizados no Serviço de Medicina Nuclear

EXAMES
Aparelho cardio-vascular
Angiografia de radionuclídeos de equilíbrio
Angiografia de radionuclídeos de 1ª passagem
Angiografia cardíaca com sobrecarga
Cintigrafia miocárdica de perfusão em esforço/stress farmacológico
Cintigrafia miocárdica de perfusão em repouso
Cintigrafia cardíaca com ^{123}I-MIBG
Sistema nervoso central
Cisternografia
Tomografia cerebral com ^{99m}Tc-HMPAO
Tomografia cerebral com ^{201}Tl
Tomografia cerebral com ^{99m}Tc-ECD
Tomografia cerebral com ^{123}I-Ioflupano (DaTSCAN®)
Tomografia cerebral com ^{123}I-IBZM
Estudo de morte cerebral
Estudo da permeabilidade de shunt lombo-peritoneal
Estudo da permeabilidade de shunt ventrículo-peritoneal
Aparelho digestivo
Pesquisa de hemorragia digestiva
Cintigrafia das glândulas salivares
Cintigrafia hepatobiliar
Cintigrafia hepatobiliar com estimulação vesicular
Pesquisa de Divertículo de Meckel
Trânsito esofágico
Estudo do esvaziamento gástrico
Cintigrafia hepática com glóbulos vermelhos marcados

Sistema músculo-esquelético
Cintigrafia óssea de corpo inteiro
Cintigrafia óssea em 3 fases
Cintigrafia óssea parcelar
Aparelho respiratório
Cintigrafia pulmonar de perfusão
Cintigrafia pulmonar de ventilação/inalação
Glândulas endócrinas
Cintigrafia corporal com ^{123}I-MIBG
Fixação de tecnécio na tiroideia
Cintigrafia corporal com Iodo-131
Cintigrafia do córtex supra-renal (^{131}I-Norcolesterol)
Cintigrafia de recetores da somatostatina (Octreoscan®)
Cintigrafia de recetores da somatostatina (Tektrotyd®)
Cintigrafia das paratiroideias
Cintigrafia da tiroideia
Fixação de iodo na tiroideia
Aparelho urinário
Estudo de perfusão e função do rim transplantado
Renograma com ^{99m}Tc-DTPA
Renograma com ^{99m}Tc-MAG3
Cistocintigrafia direta
Cintigrafia renal com ^{99m}Tc-DMSA
Renograma ^{99m}Tc-DTPA com intervenção farmacológica (diurético)
Renograma ^{99m}Tc-MAG3 com intervenção farmacológica (diurético)
Renograma ^{99m}Tc-DTPA com intervenção farmacológica (prova de captopril)
Renograma ^{99m}Tc-MAG3 com intervenção farmacológica (prova de captopril)
Cistocintigrafia Indirecta
Estudos hematológicos
Cintigrafia da medula óssea

Estudos de infeção / inflamação
Cintigrafia parcelar com Gálio-67
Cintigrafia corporal com Gálio-67 (5 mCi)
Outros estudos
Cintigrafia corporal com Gálio-67 (10 mCi)
Cintigrafia mamária
Cintigrafia corporal com Tálio-201
Cintigrafia testicular
Dacriocintigrafia
Estudo da permeabilidade de cateter/shunt
Imunocintigrafia anti-granulócitos
Linfocintigrafia
Linfocintigrafia p/deteção de gânglio sentinela
TERAPÊUTICAS
Terapêutica Iodo-131no hipertiroidismo (131I<20mCi)
Terapêutica paliativa de metástases ósseas com Estrôncio-89

Anexo II

- BSC do Serviço de Medicina Nuclear

Vectores Estratégicos	Cliente (médico prescritor e doente)	Financeira	Processos internos	Aprendizagem e Crescimento
V1 - Melhorar a qualidade do atendimento e dos cuidados prestados	· Inovar, implementando novos protocolos · Divulgar técnicas e indicações clínicas junto dos médicos prescritores	· Optimizar consumo de papel e de tinteiro de impressora	· Monitorizar tempos de espera para as diferentes etapas dos procedimentos · Auditoria às doses unitárias administradas	· Concluir manual de protecção e segurança contra radiações · Concluir revisão de protocolos clínicos · Concluir revisão de protocolos de radiofarmácia · Organização das VII Jornadas do Serviço de Medicina Nuclear
V2 - Melhorar a acessibilidade	· Estabelecer protocolos com Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar da área de influência do hospital · Preparar o acesso a doentes privados · Preparar a prestação de serviços a outras unidades hospitalares	· Estabelecer uma tabela de preços realista, face aos custos, mas permitindo sustentabilidade	· Melhorar a comunicação através da intranet para o prescritor e da página web para o doente	· Elaborar orientações para a prescrição de exames
V3 - Melhorar a organização e o modelo de gestão	· Possibilitar a prescrição electrónica e a emissão remota, sem papel, de relatórios dos exames e terapêuticas	· Monitorizar consumos com produtos farmacêuticos · Desenvolver um projecto de criação de um Centro de Responsabilidade após a conclusão da renovação do licenciamento	· Monitorizar tempos médios das diferentes etapas dos procedimentos	· Avaliar grau de satisfação dos médicos prescritores · Avaliar grau de satisfação dos doentes
V4 - Aumentar a eficiência e a sustentabilidade	· Diminuir para um máximo de 7 dias de calendário, do tempo médio para a elaboração de relatórios médicos nos exames realizados em regime de ambulatório	· Reduzir custos com radiofármacos	· Minimizar e monitorizar o n.º de faltas de doentes · Monitorizar custos unitários com exames	· Implementar metodologia de reuniões médicas de discussão de casos clínicos · Diminuir a percentagem de erros administrativos no registo de exames na Aplicação SONHO
V5 - Melhorar as infra-estruturas assistenciais	· Adequar o Serviço aos requisitos legais para Serviços da Especialidade		· Optimizar arquivo em papel e planear a sua substituição · Efectuar levantamento de requisitos legais e funcionais para a instalação	

Anexo III

- Listagem de indicadores definidos para o Serviço de Medicina Nuclear

1. **Maximizar a Satisfação dos clientes (*stakeholders*)**
   (*stakeholders* – doentes, médicos prescritores, administração e entidade pagadora)
   1.1. Melhorar a Satisfação relativamente a resultados

Objectivo	Diminuir a frequência de repetição de exames devido a erro dos colaboradores (1.1.1)
Indicador	Repetição de exames (I01)
Justificação	Os erros dos colaboradores podem conduzir à necessidade de repetir o exame, originando desperdícios de recursos (materiais, humanos e financeiros) e tempo, contribuindo para um impacto negativo em termos de eficiência e qualidade do serviço prestado, e reflectindo-se em insatisfação dos *stakeholders*. Erros técnicos possíveis: posicionamento incorrecto do doente, má execução na aquisição e processamento de imagens, preparação e administração incorrecta de radiofármacos, artefactos, avaria de equipamento, deterioração do bem-estar do doente e troca de identificação de doentes ou de radiofármacos.
Fórmula de cálculo	Nº exames repetidos devido a erro técnico / nº total de exames realizados
Polaridade	Baixos valores são considerados bons
Meta	0 repetições de exames / mês
Fonte	Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Prata + Manuela Filipe
Alvo do indicador	Equipa Médica / Equipa Técnica / Equipa de Enfermagem

Objectivo	Diminuir a frequência de relatórios médicos insatisfatórios (1.1.2)
Indicador	Grau de satisfação do médico prescritor com os relatórios clínicos emitidos (I02)
Justificação	Os erros na análise e interpretação de imagens ou na elaboração de relatórios médicos ou a deficiente clareza na sua redacção, podem reflectir-se em eventuais repetições de outros exames ou intervenções inapropriadas e perda de credibilidade do SMN, contribuindo para um impacto negativo em termos de eficiência e qualidade do serviço prestado e reflectindo-se em

	insatisfação dos *stakeholders*.
Fórmula de cálculo	% Insatisfação relativamente aos resultados do relatório médico obtido
Polaridade	Baixos valores são considerados bons
Meta	0 % de insatisfação
Fonte	Inquérito de Satisfação a Médicos Prescritores
Periodicidade	Trimestral
Responsável	Ana Prata
Alvo do Indicador	Equipa Médica

Objectivo	Diminuir o tempo para a obtenção de relatórios médicos (1.1.3)
Indicador	Desvio de tempo (dias) entre o final do acto clínico e a entrega do relatório médico (I03)
Justificação	O prazo de entrega do relatório médico reflecte-se directamente na satisfação, do doente e médico prescritor, e na eficiência do serviço. Este indicador poderá indicar inadequação dos tempos definidos para a entrega do relatório ou uma ineficiência dos métodos de trabalho.
Fórmula de cálculo	Número de dias de calendário despendido para concluir relatório Percentil 90
Polaridade	Valores baixos serão considerados bons, idealmente 0 relatórios não deverão demorar mais do que 8 dias a ser concluídos
Meta	8 dias de calendário
Fonte	Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Equipa Médica

1.2. Aumentar a fluidez do serviço

1.2.1. Diminuir tempo de espera

Objectivo	Diminuir tempo de espera para agendamento de exames exclusivamente da responsabilidade do SMN (1.2.1.1)
Indicador	Desvio entre a data de entrada da requisição do acto clínico e a data de agendamento (I04)
Justificação	O prazo entre a entrada da requisição do acto clínico e o seu agendamento reflecte-se directamente na satisfação, do doente e do médico prescritor e na eficiência do SMN.
Fórmula de cálculo	Desvio (absoluto) entre a data de entrada da requisição do acto clínico e a data de

	agendamento (dias) / tempo previsto para agendamento
Polaridade	Valores baixos são considerados bons, idealmente 1
Fonte	Base de dados de registos/Pasta de requisições (Agenda)
Periodicidade	Mensal
Meta	Nº de exames/mês que excedam o tempo de espera para agendamento ≤ 15
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do indicador	Equipa de Assistentes Técnicos / Técnica Coordenadora

Objectivo	Diminuir o tempo de espera da hora de atendimento no secretariado do Serviço (1.2.1.2)
Indicador	Desvio entre a hora de chegada ao Serviço e a hora de entrega do processo clínico (I05)
Justificação	O tempo de espera reflecte-se directamente na satisfação do doente e na eficiência do serviço. Este indicador poderá indicar inadequações ou insuficiências nos métodos ou nas condições de trabalho do Secretariado.
Fórmula de cálculo	Desvio absoluto entre a hora de entrega do processo clínico e a hora de chegada ao SMN (minutos) Percentil 90
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente será o valor 0
Meta	90% de exames com desvio de tempo ≤ a 5 minutos
Fonte de dados	Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Prata e Manuela Filipe
Alvo do Indicador	Equipa de Assistentes Técnicos

Objectivo	Diminuir o tempo de permanência no SMN (1.2.1.3)
Indicador	Desvio (horas) entre o tempo de permanência do doente no serviço e o tempo de permanência previsto (I06)
Justificação	Tempos de permanência no serviço demasiado alargados reflectem-se directamente na satisfação, do doente e na eficiência do serviço. Este indicador poderá indicar inadequação dos métodos de trabalho ou dos tempos de agenda.
Fórmula de cálculo	Desvio de tempo entre a hora da alta e a hora de entrega do processo (horas)/ tempo de permanência previsto (horas)

Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente será o valor 1
Meta	90% de doentes com tempo de permanência ≤ ao tempo previsto de permanência
Fonte	Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Prata, Manuela Filipe e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

1.2.2. Aumentar o número de doentes

Objectivo	Maximizar a taxa de ocupação da Câmara Gama (1.2.2.1)
Indicador	Taxa de ocupação da Câmara Gama (I07)
Justificação	Maximizar a taxa de ocupação da câmara gama contribui para aumentar a disponibilidade da mesma, reflectindo a eficiência do serviço. Uma ocupação da câmara gama correcta, será a sua capacidade não ser significativamente excedida nem ser subaproveitada, de modo a demonstrar que o equipamento é rentabilizado e a sua capacidade média é maximizada.
Fórmula de cálculo	(ocupação diária por doentes (hora) / total de horas de funcionamento) x 100 Nota: total de horas de funcionamento descontar o tempo (teórico) despendido no C.Q. diário.
Polaridade	Valores mais perto possíveis do valor máximo 100%, são considerados melhores
Fonte	Folha de Auditoria Permanente
Meta	Taxa de Ocupação ≥ 90%
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Prata e Manuela Filipe
Alvo do Indicador	Equipa de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Objectivo	Aumentar a taxa de ocupação dos colaboradores (1.2.2.2)
Indicador	Taxa de ocupação clínica dos colaboradores (I08)
Justificação	A taxa de ocupação dos colaboradores reflecte a eficiência e a rendibilidade do Serviço, indicando se a contribuição de cada colaborador nos processos em que actua está a ser bem gerida. A ocupação dos recursos humanos deve promover a pró-actividade, motivando comportamentos de

	eficiência e eficácia e minimizando o trabalho extraordinário.
Fórmula de cálculo	(tempo total de dedicação ao doente (hora) x nº de doentes atendidos) / total de horas de trabalho) x 100 Nota: para efeitos do total de horas de trabalho, serão apenas consideradas as horas de actividade clínica, excluindo horas de formação, investigação, gestão e coordenação. O tempo total de dedicação ao doente incluirá história clínica, administração de doses unitárias, processamento de exames, interpretação e relatório.
Polaridade	Valores mais perto possíveis do valor máximo 100%, são considerados melhores
Meta	Taxa de Ocupação ≥ 90%
Fonte	Processo clínico / SISQUAL
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Todas as equipas

Objectivo	Melhorar / inovar métodos de trabalho (1.2.2.3)
Indicador	Melhorar / inovar métodos de trabalho (I09)
Justificação	A inovação/melhoria reflecte a motivação dos colaboradores para prestarem um serviço melhorado e diferenciado, em termos de qualidade e eficiência tendo como objectivo o reconhecimento, por parte dos seus clientes, como um serviço de referência.
Fórmula de cálculo	Nº de protocolos (processos) modificados / nº total de protocolos (processos) existentes
Polaridade	Valores altos são considerados melhores
Meta	
Fonte	Manual da Qualidade do SMN
Periodicidade	Anual
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Todas as equipas

1.2.3. Melhorar a produtividade

Objectivo	Melhorar a produtividade (1.2.3)
Indicador	Satisfação da requisição de exames (I10)
Justificação	A celeridade com que os pedidos de requisições de exames/ terapia são satisfeitas pelo SMN contribuem para um aumento da fluidez do serviço e têm um impacto positivo na satisfação dos clientes.
Fórmula de cálculo	(Nº de pedidos não agendados p/ mês / nº total de pedidos do mês) x 100%

Polaridade	Valores baixos são considerados melhores
Meta	0,05% de exames não agendados/mês
Fonte	Base de dados da Gestão de Exames/RIS
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Equipa de Assistentes Técnicos/ Técnica Coordenadora/ Director de Serviço

2. Maximizar a Qualidade

2.1 Aumentar a disponibilidade de competências em funções críticas

2.1.1. Reduzir a frequência de erros dos colaboradores

Objectivo	Reduzir a frequência de erros dos colaboradores devido a erros de técnica (2.1.1.1)
Indicador	Erro de técnica (I11)
Justificação	Os erros técnicos podem reflectir o desperdício de recursos e tempo, contribuindo negativamente para a avaliação da qualidade e da eficiência do serviço prestado e reflectem-se em insatisfação dos *stakeholders*. Erros técnicos possíveis: posicionamento incorrecto do doente, colimador incorrecto, preparação incorrecta de radiofármacos, procedimentos farmacêuticos repetidos, infiltrações de doses. Nota: Este tipo de erros pode não levar à repetição de exames.
Fórmula de cálculo	Nº de exames/terapêuticas com erros ou falhas / nº de exames/terapêuticas efectuados
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Mensal/Semestral
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Equipa de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Equipa de Enfermagem

Objectivo	Reduzir a frequência de erros dos colaboradores devido a erros de processamento, interpretação

	ou redacção (2.1.1.2)
Indicador	Erro de relatório (I12)
Justificação	Os erros de relatório podem reflectir o desperdício de recursos e tempo, contribuindo negativamente para a avaliação da qualidade e da eficiência do serviço prestado e reflectem-se em insatisfação dos *stakeholders*. Erros de diagnóstico possíveis: troca de lateralidade de lesões, não visualização de alterações, descrição errada de técnica, datas ou outros dados incorrectos e etc..
Fórmula de cálculo	(Nº de exames/terapêuticas com erros ou falhas / nº de exames/terapêuticas efectuados) x 100%
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Equipa Médica

Objectivo	Reduzir a frequência de erros dos colaboradores devido a erros administrativos (2.1.1.3)
Indicador	Erros administrativos (I13)
Justificação	Os erros administrativos podem reflectir o desperdício de recursos e tempo, contribuindo negativamente para a avaliação da qualidade e da eficiência do serviço prestado e reflectem-se em insatisfação dos *stakeholders*. Erros administrativos possíveis: agendamento incorrecto, não confirmação da presença do doente no dia previsto originando falta do doente, troca de processo clínico, arquivo incorrecto.
Fórmula de cálculo	(Nº de exames/terapêuticas com erros ou falhas/ nº de exames/terapêuticas efectuados) x 100
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Equipa de Assistentes Técnicos / Equipa de Enfermagem

Objectivo	Melhorar / inovar métodos de trabalho (1.2.2.3)
Indicador	Melhorar / inovar métodos de trabalho (I09)

2.2. Reduzir não conformidades

2.2.1 Reduzir a frequência de não-conformidades

Objectivo	Reduzir a frequência de não – conformidades devido a erros dos colaboradores (2.2.1.1)
Indicador	Inconformidade p/ erro dos colaboradores (I14)
Justificação	Os erros dos colaboradores poderão contribuir para o incumprimento das directrizes de qualidade descritas na(s) norma(s) adoptada(s) pelo SMN, podendo por em causa o obtenção da certificação e reflectindo-se na insatisfação dos *stakeholders*.
Fórmula de cálculo	(Nº de procedimentos não-conformes / nº de procedimentos efectuados) x 100%
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Trimestral
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

Objectivo	Reduzir a frequência de não – conformidades devido a erro dos fornecedores (2.2.1.2)
Indicador	Inconformidades p/ erro dos fornecedores (I15)
Justificação	As não-conformidades do material clínico, produtos farmacêuticos e equipamentos adquiridos pelo SMN aos seus fornecedores contribuem para desperdício de recursos e têm um impacto negativo na eficiência do serviço impossibilitando o seu correcto funcionamento, baixando os níveis de produtividade e pondo em causa a segurança de colaboradores e doentes. Este indicador constitui uma base de avaliação ao desempenho dos fornecedores. Consideram-se para o cálculo deste indicador, não-conformidades relativas à qualidade do produto, prazo de entrega, satisfação das encomendas e deficiências nas intervenções aos equipamentos.
Fórmula de cálculo	(Nº de produtos (equipamentos) não-conformes / nº total de produtos/serviços e equipamentos recepcionados) x 100%
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Trimestral
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa

Alvo do Indicador	Fornecedores

Objectivo	Reduzir a frequência de não – conformidades devido a outras causas (2.2.1.3)
Indicador	Outros (I16)
Justificação	Causas que possam originar não-conformidades constituem um constrangimento em termos de qualidade e eficiência do serviço e podem, ainda, ter impacto negativo na satisfação dos *stakeholders*. O seu controlo é de extrema importância para tentar prever ou minimizar o seu impacto no correcto funcionamento do serviço. Causas possíveis: infecções nosocomiais, contaminação radioactiva (desde que não devidas a erro dos colaboradores).
Fórmula de cálculo	Nº de episódios não-conformes/ano
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	0 episódios de não-conformidades/ano
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Anual
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Não Aplicável

2.2.2 Reduzir não-conformidades em gravidade

Objectivo	Reduzir o incumprimento da(s) norma(s) (2.2.2.1)
Indicador	Incumprimento da(s) norma(s) (I17)
Justificação	Não-conformidades nos procedimentos que inviabilizem o cumprimento das normas de qualidade devem ser minimizados de forma a não comprometer a certificação e descredibilizar o SMN.
Fórmula de cálculo	Nº de critérios não-conformes/ nº total de critérios impostos
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	0 inconformidades nos critérios exclusivamente da responsabilidade do SMN
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Anual
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

Objectivo	Reduzir a suspensão do serviço (2.2.2.2)
Indicador	Suspensão do serviço (I18)
Justificação	Não-conformidades graves podendo inviabilizar o funcionamento correcto do serviço, constituem um constrangimento em termos de qualidade e eficiência e podem, ainda, contribuir para níveis de satisfação dos *stakeholders* inferiores ao desejável. O seu controlo é de extrema importância para minimizar o seu impacto.
Fórmula de cálculo	Nº de episódios de suspensão da actividade p/não-conformes/ano
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	0 episódios de suspensão/ano
Fonte	Base de Dados do Serviço
Periodicidade	Anual
Responsável	Elementos Dinamizadores da Gestão de Risco
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

Objectivo	Aumentar a segurança (2.2.2.3)
Indicador	Segurança (I19)
Justificação	Não-conformidades graves podendo pôr em causa a segurança dos doentes e dos colaboradores, resultando em suspensão da actividade do serviço, baixas médicas dos colaboradores e descredibilização do SMN.
Fórmula de cálculo	Nº de episódios não-conformes que põem em causa a segurança/ano
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	0 episódios/ano
Fonte	Manual de Gestão de Risco
Periodicidade	Anual
Responsável	Elementos Dinamizadores de Gestão de Risco
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

2.3. Maximizar o planeamento

Objectivo	Monitorizar o desvio de tempo entre hora de agenda e a chegada ao SMN (2.3.1)
Indicador	Desvio de tempo de agenda e chegada ao serviço (I20)
Justificação	Os atrasos dos doentes na comparência ao SMN, relativamente à hora de agendamento do acto clínico, causam constrangimentos na qualidade do planeamento da agenda e no cumprimento do próprio planeamento, tendo impacto na eficiência, pelo atraso que consequentemente produzirá no cumprimento dos restantes agendamentos e contribuirá, certamente, para o trabalho extraordinário sem que falhas ou erros tenham acontecido. Monitorizar a tendência do comportamento dos atrasos auxilia a melhorar o planeamento da agenda, suavizando o seu impacto na gestão do SMN.
Fórmula de cálculo	Nº de doentes atrasado p/ mês x total de atrasos no mesmo período (minutos.doente)
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	0 doentes atrasados p/ mês
Fonte	Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Prata e Manuela Filipe
Alvo do Indicador	Não aplicável

Objectivo	Aumentar a manutenção planeada (2.3.2)
Indicador	Episódios de manutenção planeada (I21)
Justificação	Planear os episódios de manutenção auxilia na gestão eficiente do planeamento do serviço, pois permite utilizar com proveito os tempos de suspensão, por exemplo, promovendo acções de formação e/ou realizar tarefas pontuais, contribuindo para minimizar o impacto na produtividade e na satisfação.
Fórmula de cálculo	Nº de intervenções de manutenção planeada/ nº de intervenções de manutenção
Polaridade	Valores altos são considerados bons, idealmente 1
Meta	
Fonte	Registo de Actividades
Periodicidade	Anual
Responsável	Manuela Filipe
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

Objectivo	Diminuir o desvio entre o tempo previsto e o tempo despendido no Controlo de Qualidade diário (3.2.1.5.)
Indicador	Tempo despendido no C.Q diário (I34)

2.4 Melhorar a Previsibilidade

Objectivo	Reduzir a frequência de falhas no equipamento (3.2.2)

Objectivo	Reduzir a frequência de repetição de exames (1.1.1)
Indicador	Repetição de exames (I01)

2.4.1. Diminuir a variabilidade dos tempos de intervenção

Objectivo	Diminuir a variabilidade dos tempos de intervenção no equipamento (2.4.1.1)
Indicador	Variação no tempo intervenção (I22)
Justificação	Monitorizar a variabilidade dos tempos de intervenções correctivas não planeadas nos equipamentos auxilia na avaliação do desempenho das tarefas executadas durante a intervenção. O tempo contabilizado é o tempo necessário para colocar o equipamento em correcto funcionamento.
Fórmula de cálculo	Desvio padrão dos tempos de intervenção / média dos tempos de intervenção
Polaridade	Valores baixos são considerados bons
Meta	
Fonte	Folha de Obra
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

Objectivo	Diminuir a variabilidade dos tempos de C.Q. no equipamento (2.4.1.2)
Indicador	Variabilidade da duração do Controlo de Qualidade da CG (I23)
Justificação	Monitorizar a variabilidade dos tempos de intervenções de Controlo de Qualidade diário aos equipamentos auxilia na avaliação do desempenho das tarefas executadas durante a intervenção (pelo técnico) e o desgaste do equipamento (fonte). Um aumento do tempo de Controlo de Qualidade significa uma diminuição da ocupação da câmara gama e um acumular de horas de trabalho extraordinário. O tempo contabilizado é o tempo necessário para colocar

	o equipamento em correcto funcionamento.
Fórmula de cálculo	Desvio padrão dos tempos de C.Q. / média dos tempos de C.Q.
Meta	
Polaridade	Valores baixos são considerados bons
Fonte	Registo de C.Q. da C.G.
Periodicidade	Trimestral
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Médica / Equipa de Diagnóstico e Terapêutico / Equipa de Enfermagem

Objectivo	Diminuir o desvio do consumo previsto e consumo real de material clínico e fármacos (2.4.2)
Indicador	Consumo de materiais + fármacos (I24)
Justificação	Controlar os níveis de consumo de material clínico e fármacos auxilia a prever custos e contabilizar a dimensão do desperdício, contribuindo para a sustentabilidade orçamental do SMN. Considera-se para o cálculo deste indicador o total de consumo de material clínico e fármacos utilizados no acto clínico independentemente da causa do desperdício/ subaproveitamento.
Fórmula de cálculo	Desvio absoluto da quantidade consumida – quantidade prevista (unidades-euros) / quantidade prevista (unidades-euro)
Polaridade	Valores baixos são considerados bons, idealmente o valor 0
Meta	
Fonte	Bases de Dados + SGCIM
Periodicidade	Mensal
Responsável	Manuela Filipe e Filomena Costa
Alvo de Indicador	Equipa de Enfermagem / Equipa de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Equipa de Assistentes Operacionais

3. Maximizar a eficiência

3.1. Minimizar o subaproveitamento do material

3.1.1. Reduzir a frequência de desmarcação de doentes

Objectivo	Reduzir desmarcação do acto clínico devido a erros dos colaboradores (3.1.1.1)

Indicador	Erros dos colaboradores (I25)
Justificação	A desmarcação do acto clínico contribui para o desperdício de recursos e níveis de produtividade inferiores. Os erros dos colaboradores que podem contribuir para a desmarcação de exames são do tipo: não informação atempada ao doente da data de realização inviabilizando a sua preparação, a falta de informação das condições obrigatórias de preparação do doente, a não requisição atempada dos radiofármacos entre outros.
Fórmula de cálculo	% de desmarcação do acto clínico (número de exames desmarcados/ número de exames realizados) x 100
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Base de Dados do SMN, RIS e Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Assistentes Administrativos

Objectivo	Reduzir a desmarcação do acto clínico devido a outras causas (3.1.1.2)
Indicador	Taxa de desmarcação devido a factores exógenos (I26)
Justificação	A desmarcação do acto clínico, principalmente em cima da data agendada, contribui para desperdício de recursos e níveis de produtividade inferiores, uma vez que dificilmente as vagas serão preenchidas. Os factores exógenos não são passíveis de serem controlados, no entanto, este indicador pode auxiliar na avaliação de tendências de comportamentos e, deste modo, revela-se útil para tentar minimizar o seu impacto negativo na eficiência do SMN.
Fórmula de cálculo	% de desmarcação do acto clínico (número de exames desmarcados/ número de exames realizados) x 100
Polaridade	Valores baixos são considerados bons, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Base de Dados do SMN, RIS e Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Doentes / Médicos Prescritores

3.1.2 Reduzir a frequência de faltas dos doentes

Objectivo	Reduzir falta do doente devido a erro dos colaboradores (3.1.2.1)
Indicador	Erro administrativos - Confirmação de Agendamento (I27)
Justificação	Parte das faltas dos doentes são devidas ao incumprimento da instrução de trabalho que responsabiliza os colaboradores para contactarem os doentes, num prazo até 24-48h que antecedem à marcação do acto clínico, de forma a confirmarem a presença do doente na data e na hora prevista. Faltas dos doentes contribuem para desperdício de recursos, níveis de produtividade inferiores.
Fórmula de cálculo	Nº de contactos realizados / nº de doentes agendados
Polaridade	Valores altos são considerados bons, idealmente valor 1
Meta	0 faltas de doentes devido a erro dos colaboradores
Fonte	Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Prata e Manuela Filipe
Alvo do Indicador	Equipa de Assistentes Técnicos

Objectivo	Reduzir falta do doente devido a outras causas (3.1.2.2)
Indicador	Factores exógenos – Falta do doente (I28)
Justificação	Faltas dos doentes contribuem para desperdício de recursos, níveis de produtividade inferiores. Os factores exógenos não são passíveis de serem controlados, no entanto, este indicador pode auxiliar na avaliação de tendências de comportamentos e, deste modo, revela-se útil para tentar minimizar o seu impacto negativo na eficiência do SMN.
Fórmula de cálculo	Nº de faltas de doentes que foram contactados/nº total de doentes agendados
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Base de Dados do SMN
Periodicidade	Mensal
Responsável	Ana Isabel Santos
Alvo do Indicador	Assistentes Administrativos

3.1.3 Racionalizar os desperdícios

Objectivo	Racionalizar os desperdícios devido a erro dos fornecedores (2.2.1.2)
Indicador	Erro dos fornecedores (I15)
Justificação	Defeitos no material clínico e produtos farmacêuticos contribuem para o desperdício de recursos, aumentando a despesa do SMN e reduzindo a eficiência do serviço.
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas
Periodicidade	Anual
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Não aplicável

Objectivo	Racionalizar os desperdícios devido a erro dos colaboradores (2.1.1)
Indicador	Erros dos colaboradores (I11+I12+I13)
Justificação	Os erros dos colaboradores nas diferentes etapas do processo podem contribuir para o desperdício de material e produtos, erros administrativos, técnicos e de diagnóstico devem ser minimizados de modo a promover a eficiência do serviço e garantir a sustentabilidade orçamental do SMN. Nota: Só serão contabilizados para o efeito deste indicador os erros que originem desperdícios.
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas e Manual da Qualidade
Periodicidade	Anual
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

Objectivo	Racionalizar o desperdício devido a outras causas (3.1.3.1)
Indicador	Desperdícios - Outros (I29)
Justificação	Causas possíveis que contribuam para desperdício de material/produtos podem ser: a expiração do prazo de validade, contaminação de material/produto que não responsabilidade dos colaboradores e fornecedores, a necessidade de repetição de procedimentos sem que tenha ocorrido erro técnico (ex: pediatria). Estas causas variadas contribuem para minorar a eficiência do serviço e aumentar a despesa pelo que se torna útil monitorizar para tentar suavizar o seu impacto na gestão do serviço.
Fórmula de cálculo	Quantidade de material rejeitado devido a outras causas (unidades)/ quantidade total de material

	consumido (unidades)
Meta	
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Fonte	Registo de Ocorrências Adversas e Folha de Auditoria Permanente
Periodicidade	Anual
Responsável	Ana Isabel Santos e Filomena Costa
Alvo de Indicador	Equipa Técnica de Diagnóstico e Terapêutica / Equipa de Enfermagem

3.2 Aumentar a disponibilidade do equipamento

3.2.1. Reduzir tempos de suspensão devido a intervenções no equipamento

Objectivo	Reduzir o conteúdo de manutenção preventiva (3.2.1.1)
Indicador	Tempo despendido na manutenção preventiva (I30)
Justificação	A manutenção preventiva é essencial para garantir a vida útil do equipamento, mas com o passar dos anos os tempos de manutenção têm tendência a ser cada vez maiores, obrigando a suspensões do serviço cada vez mais prolongadas. Os tempos de manutenção preventiva, por muito que sejam programados pelo SMN, têm um impacto na produtividade do serviço, logo na sua eficiência, pelo que se torna extremamente importante controlar os tempos despendidos para manutenção de modo a favorecer a gestão eficiente do serviço e definir planos de substituição.
Fórmula de cálculo	Tempo despendido actual (horas) / tempo de há n períodos atrás (horas)
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 1
Meta	
Fonte	Folha de Obra
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Físico

Objectivo	Reduzir o conteúdo de intervenção correctiva (3.2.1.2)
Indicador	Tempo despendido com intervenção correctiva

	(I31)
Justificação	A manutenção correctiva surge na sequência de falhas/ avarias sendo essencial para garantir a vida útil do equipamento. Com o passar dos anos o tempo despendido para manutenção correctiva têm tendência a ser cada vez maior, obrigando a suspensões do serviço cada vez mais prolongadas os quais têm impacto negativo na produtividade do serviço, pelo que se torna importante controlar de modo a favorecer uma gestão do planeamento do serviço eficiente. Controlar o tempo despendido com a manutenção correctiva pode contribuir para a avaliação indirecta da eficiência dos responsáveis pela manutenção.
Fórmula de cálculo	Tempo despendido na intervenção correctiva / tempo de há n períodos atrás
Polaridade	Valores baixos serão considerados bons, idealmente menor ou igual a 1
Meta	
Fonte	Folha de Obra
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Físico

Objectivo	Diminuir a imprevisibilidade da intervenção correctiva (3.2.1.3)
Indicador	Imprevisibilidade da intervenção correctiva (I32)
Justificação	A intervenção correctiva surge na sequência de falhas/ avarias sendo essencial para garantir a vida útil do equipamento. Com o passar dos anos a frequência de intervenção correctiva tem tendência a ser cada vez maior, obrigando a suspensões do serviço cada vez mais prolongadas, as quais têm impacto negativo na produtividade do serviço, logo na sua eficiência, pelo que se torna importante controlar a frequência da sua realização de modo a favorecer a gestão do planeamento do serviço eficiente. Controlar a periodicidade pode contribuir para a avaliação indirecta da eficiência dos responsáveis pela manutenção.
Fórmula de cálculo	Nº de intervenções correctivas não planeadas realizadas / nº de intervenções correctivas
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Folha de Registo de Equipamentos
Periodicidade	Anual

Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Físico

Objectivo	Diminuir o tempo de reacção (3.2.1.4)
Indicador	Tempo de reacção (I33)
Justificação	Diminuir o desvio de tempo entre o pedido de intervenção e o início da intervenção, tem impacto positivo na eficiência do serviço pois contribui para tempos de suspensão do serviço menores. Este indicador pode constituir uma base de avaliação da eficiência dos responsáveis da manutenção.
Fórmula de cálculo	Início da intervenção (horas/dia) – Pedido de intervenção (horas/dia)
Polaridade	Valores menores são considerados melhores
Meta	
Fonte	Folha de obra e Folha de Registo de Equipamentos
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Não aplicável

Objectivo	Diminuir o desvio entre o tempo previsto e o tempo despendido no C.Q (3.2.1.5)
Indicador	Tempo despendido no C.Q diário (I34)
Justificação	O Controlo de Qualidade diário realizado ao equipamento é fundamental para garantir a qualidade das imagens adquiridas, sustentar a satisfação, a qualidade e a eficiência. O tempo despendido no C.Q. é tempo de indisponibilidade do equipamento, sendo necessária à sua contabilização para o cálculo da capacidade real do equipamento. Variações no tempo têm um impacto na produtividade do serviço.
Fórmula de cálculo	Tempo despendido no C.Q (hora)/ Tempo previsto (hora)
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente 1
Meta	
Fonte	Folha de Registo do Equipamento
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Físico

3.2.2. Reduzir a frequência de falhas no equipamento

Objectivo	Diminuir a frequência de falhas do equipamento devido a erro de colaborador (3.2.2.1)
Indicador	Falhas dos equipamentos p/ erro de colaborador (I35)
Justificação	Erros dos colaboradores no manuseamento dos equipamentos podem despoletar falhas no funcionamento do mesmo, resultando na sua indisponibilidade. A indisponibilidade dos equipamentos compromete todo o serviço pelo que este indicador se torna de extrema importância para identificar a causas que contribuem para reduzir a eficiência do SMN.
Fórmula de cálculo	Tempo de paragem do equipamento p/ erro de colaboradores (hora) / tempo total de paragem do equipamento (hora)
Polaridade	Valores baixos são considerados melhores, idealmente 0
Meta	
Fonte	Folha de Registo dos Equipamentos
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Físicos/ Farmacêuticos / Equipa Médica

Objectivo	Diminuir a frequência de falhas do equipamento devido a erros técnicos (3.2.2.2)
Indicador	Falhas do equipamento p/erro técnicos (I36)
Justificação	Erros técnicos que possam surgir durante a manutenção dos equipamentos despoletam falhas no funcionamento do mesmo, resultando na sua indisponibilidade. A indisponibilidade dos equipamentos compromete todo o serviço pelo que este indicador se torna de extrema importância para identificar a causas que contribuem para reduzir a eficiência do SMN.
Fórmula de cálculo	Tempo de paragem do equipamento p/ erro técnico (hora) / Tempo total de paragem do equipamento (hora)
Polaridade	Valores baixos são considerados bons, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Folha de Registo de Equipamentos
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Físico

Objectivo	Diminuir a frequência de falhas do equipamento devido a avarias (3.2.2.3)
Indicador	Falha no Equipamento p/ avarias (I37)
Justificação	As avarias que possam surgir durante a vida útil dos equipamentos comprometem o funcionamento do mesmo, resultando na sua indisponibilidade. A indisponibilidade dos equipamentos compromete todo o serviço pelo que este indicador se torna de extrema importância para identificar as causas que contribuem para reduzir a eficiência do SMN, podendo ser um indicador indirecto para sustentar a necessidade de substituição do equipamento.
Fórmula de cálculo	Tempo de paragem do equipamento p/ avaria (hora) / Tempo total de paragem do equipamento (hora)
Polaridade	Valores baixos são considerados bons, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	Folha de Registo de Equipamento
Periodicidade	Anual
Responsável	Gabriela Cardoso
Alvo do Indicador	Equipa Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica / Físico

Objectivo	Maximizar a taxa de ocupação da Câmara Gama (1.2.2.1)
Indicador	Taxa de ocupação da Câmara Gama (I07)

3.3.Maximizar a produtividade dos Recursos Humanos

Objectivo	Minimizar as horas de trabalho extraordinário (3.3.1)
Indicador	Horas de trabalho extraordinário (I38)
Justificação	As horas de trabalho extraordinárias podem indicar, por exemplo, má gestão de planeamento de agenda ou insuficiência de recursos humanos. Este indicador torna-se importante pois permite avaliar a insuficiência de recursos ou falta de eficiência do planeamento do serviço. As horas de trabalho extraordinário podem ser uma causa de desmotivação dos colaboradores e contribuir para a diminuição da qualidade do serviço prestado ou da produtividade. Nota: As urgências não serão consideradas para medição deste indicador, sendo situações não

	planeadas, que podem prejudicar o mérito.
Fórmula de cálculo	Horas-colaborador de trabalho extra num período / horas - colaborador de trabalho no mesmo período
Polaridade	Valores baixos são considerados bons, idealmente valor 0
Meta	
Fonte	SISQUAL e SGCIM
Periodicidade	Trimestral
Responsável	Ana Isabel Santos / Manuela Filipe / Filomena
Alvo do Indicador	Todas as Equipas

Objectivo	Diminuir a frequência de erros dos colaboradores (2.1.1)
Indicador	Devido a erro de técnica (I11)
Indicador	Devido a erro de relatório (I12)
Indicador	Devido a erro administrativo (I13)

Objectivo	Melhorar/ inovar os métodos de trabalho (1.2.2.3)
Indicador	Melhorar / inovar métodos de trabalho (I09)

Objectivo	Maximizar a ocupação dos colaboradores (1.2.2.2)
Indicador	Taxa de ocupação da Colaboradores (I07)