

# Avaliação da Qualidade dos Serviços Públicos – Aplicação do MoniQuOr.CAT

**António José Costa Sequeira**

**Mestrado em Gestão**

**Relatório de Atividade Profissional**

Orientação: Prof. Doutora Cláudia Sofia Magalhães de Carvalho

Julho, 2015



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

## **Agradecimentos**

Para a realização deste relatório, expresso o meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram e incentivaram durante o percurso percorrido, com um ênfase especial à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Carvalho, de quem obtive com particular regularidade, ensinamentos, a par da sua gentil disponibilidade e a todos que colaboraram na implementação do MoniQuOr.CAT com especial relevância ao Dr. João Nunes Rodrigues pela ousadia, competência e dedicação à causa pública.

## **Nota Biográfica**

António José Costa Sequeira nasce em 1966, na cidade de Peso da Régua. Estuda na ESAC - Escola Superior Agrária de Coimbra e em 1994 conclui o Bacharelato em Tecnologia das Indústrias Alimentares, tendo no ano de 2000 adquirido o título de Licenciado, via processo de Bolonha, em Engenharia Alimentar. Em 1997 estuda no IPAM – Instituto Superior de Administração e Marketing (Porto) onde tira o Diploma de Estudos Superiores Especializados em Gestão de Marketing. Em 2000 matricula-se na Universidade Portucalense Infante D. Henrique onde concluiu a fase teórica do Mestrado em Marketing e solicita em 2011 a sua transição para o Mestrado em Gestão. Em 2009 estuda na Universidade Internacional da Figueira da Foz onde conclui a Licenciatura em Gestão. Comitentemente ao seu percurso académico, em 1994, é admitido após concurso, ao Instituto de Clínica Geral da Zona Centro onde desempenha o papel de Responsável pelo Serviço de Apoio Técnico, na qualidade de Técnico Superior de 2ª classe. Em 2001, e por concurso, é admitido no SPTT - Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência – Direção Regional do Centro, na qualidade de Técnico Superior, onde exerce funções de Técnico Superior de Planeamento e Estatística no SCAT - Serviço de Coordenação e Apoio Técnico. No ano de 2009 exerce o cargo de Chefe de Divisão da Divisão de Promoção, Avaliação e Acompanhamento de Projetos de Aveiro do Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas - Direção Regional de Agricultura e Pescas do Centro. Em março de 2009 exerce o cargo de Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Interior Norte 1, na Administração Regional de Saúde do Centro, cargo que desempenhou até 30 de novembro de 2012. Presentemente, é funcionário da Administração Regional de Saúde do Centro na UALP - Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património onde desenvolve procedimentos de contratação pública. Em 2013 foi eleito por parte da Assembleia Municipal de Coimbra para exercer o mandato de Membro Efetivo do Conselho Geral CHUC/HUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Paralelamente à sua atividade profissional, em 1999 foi Assistente no ISLA – Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria - onde lecionou a disciplina de Marketing Internacional da Licenciatura Gestão de Empresas, e em 2002 lecionou a disciplina de Atelier de Marketing, da Licenciatura Comunicação Organizacional na ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra.

## **Resumo**

Em Portugal, os Serviços de Saúde têm sofrido nos últimos anos uma pressão crescente decorrente de múltiplos fatores económicos e sociais. Neste contexto, a melhoria da qualidade dos serviços públicos, em particular dos Serviços de Saúde, surge como uma prioridade dos governos dos países mais desenvolvidos, situação a que Portugal não é totalmente indiferente. Este relatório tem por objetivo demonstrar a importância que teve o Projeto MoniQuOr.CAT- Monitorização da Qualidade Organizacional, implementado nos Centros de Atendimento de Toxicodependentes da Direção Regional do Centro (IDT-DRC) na profissão do autor. O MoniQuOr.CAT tendo por base o modelo de excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), originalmente desenvolvido para o setor privado, e que tem vindo a ser progressivamente adaptado e ensaiado no setor público.

Pareceu pois legítimo aproveitar e adaptar os conhecimentos e experiências adquiridos com a aplicação do modelo da EFQM nos Centros de Saúde (MoniQuOr C.S.) e reconfigurá-lo para um programa de melhoria contínua da qualidade organizacional nos Centros de Apoio e Tratamento a Toxicodependentes (CAT). Por via da aplicação da presente metodologia, constatou-se a necessidade de se atribuir mais importância à gestão dos fluxos de informação dentro e fora das equipas clínicas, por forma a assegurar uma prestação de cuidados de Saúde de qualidade aos utentes, mas também, do comprometimento da Direção em torno do projeto. Assim, destes ensaios, pode inferir-se que existe um sinal satisfatório da tendência de melhoria da qualidade organizacional nestes estabelecimentos de Saúde e necessidade de evoluir para outros projetos na área da Gestão da Qualidade.

Palavras-Chave: Gestão da Qualidade, EFQM, Serviços de Saúde.

## **Abstract**

In Portugal, Health Services have suffered in the recent years a growing pressure by economic and social factors. In this context, improving the quality of public services and, in particular, of Health Services is a priority of governments of most developed countries, that situation is not different in Portugal. This report has the objective to demonstrate the importance of MoniQuOr.CAT- Project Monitoring Organizational Quality, implemented in the Drug Addicts Care Centers of the Regional Centers of the Institute of Drugs and Addiction (IDT-DRC) in the author's profession career. MoniQuOr.CAT is based on the model of excellence of the European Foundation for Quality Management (EFQM), originally developed for the private sector, which has been progressively adapted and tested in the public sector. It seemed then appropriated to adapt the knowledge and experience accumulated with the application of the EFQM model in Health Centers (MoniQuOr CS) and to reconfigure this model to a program of continuous improvement of organizational quality in the Support Centre and Treatment Drug Addicts (CAT).

Through the application of this methodology we found the need to assign more importance to the management of the information flows within and outside of clinical teams, in order to ensure the provision of high quality health care to users, but also the importance of commitment of the Board around the project. Therefore, it can be inferred a satisfactory signal of trends of improvement of organizational quality in these organizations health and development also the new projects in the area of Quality Management.

**Keywords:** Quality Management, EFQM, Health Services.

## Índice

Agradecimentos .....	i
Nota Biográfica .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract.....	iv
CAPÍTULO 1 – Introdução .....	1
PARTE I – Revisão da Literatura.....	9
CAPÍTULO 2 – Reforma da Administração Pública .....	10
2.1. Introdução.....	10
2.2. O paradigma Burocrático e os Princípios da Nova Gestão Pública .....	11
2.3. Reforma da Administração Pública, a Lógica Empresarial e o Estado .....	20
2.4. Gestão da Mudança Organizacional.....	27
2.5. Gestão da Inovação.....	29
2.5.1. Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável (ENDS) .....	34
2.5.2. Governo Eletrónico .....	35
2.6. Conclusão .....	36
CAPÍTULO 3 - A Qualidade Organizacional e sua Avaliação .....	37
3.1. Introdução.....	37
3.2. Gestão da Qualidade nos Serviços Públicos.....	38
3.2.1 O Balanced Scorecard .....	41
3.2.2 O Modelo de Excelência EFQM .....	42
3.2.3 A Common Assessment Framework.....	46
3.3 Conclusão .....	48
CAPÍTULO 4 – Sistema Nacional de Saúde Português.....	50
4.1. Introdução.....	50

4.2. O Sistema Nacional de Saúde Português.....	51
4.2.1. O Sistema Nacional de Saúde até 1974.....	52
4.2.2. O Sistema Nacional de Saúde entre 1974 e 1990.....	53
4.2.3. O Sistema Nacional de Saúde depois de 1990.....	54
4.3. Financiamento e Modelos de Pagamento em Saúde.....	55
4.4. Evolução das Estruturas de Saúde na Área das Toxicomanias.....	55
4.5. Conclusão.....	59
PARTE II – Trabalho Desenvolvido.....	60
CAPÍTULO 5 – Metodologia.....	61
5.1. Introdução.....	61
5.2. Objetivos do Projeto Desenvolvido.....	62
5.3. Apresentação do Projeto Desenvolvido.....	63
5.4. O Desenho da Pesquisa.....	65
5.5. Recolha da Informação e Tratamento dos Dados.....	66
5.6. Conclusão.....	68
CAPÍTULO 6 – Experiência na Aplicação do MoniQuor.CAT no IDT-DRC.....	69
6.1. Introdução.....	69
6.2. Objetivos.....	70
6.3. Apresentação da Entidade.....	70
6.4 Meios Financeiros.....	73
6.5. Descrição do Processo.....	74
6.5.1. Constituição do Projeto e Equipa de Autoavaliação.....	74
6.5.2. Fases do Projeto.....	79
6.5.3. Apresentação do Projeto aos Colaboradores e Formação Inicial.....	80
6.5.4. Reuniões de Avaliação.....	80

6.6. Autoavaliação: MoniQuOr.CAT – Apresentação dos Resultados .....	84
6.6.1. Pontuação da Área 1 – Organização e Gestão .....	84
6.6.2. Pontuação da Área 2 – Direitos dos Utentes .....	85
6.6.3. Pontuação da Área 3 – Promoção da Saúde .....	85
6.6.4. Pontuação da Área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde .....	86
6.6.5. Pontuação da Área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade .....	86
6.6.6. Pontuação da Área 6 – Instalações e Equipamentos .....	87
6.6.7. Pontuação da Autoavaliação.....	87
6.6.8. Ações de Melhoria Identificadas .....	89
6.6.9. Ações de Melhoria Prioritárias .....	90
6.7. Avaliação Cruzada: MoniQuOr.CAT – apresentação dos resultados .....	92
6.7.1. Pontuação da área 1 – Organização e Gestão .....	93
6.7.2. Pontuação da área 2 – Direitos dos Utentes .....	94
6.7.3. Pontuação da área 3 – Promoção da Saúde .....	94
6.7.4. Pontuação da área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde .....	94
6.7.5. Pontuação da área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade .....	95
6.7.6. Pontuação da área 6 – Instalações e Equipamentos.....	95
6.8. Pontuação dos dois Momentos de Avaliação .....	95
6.9. Conclusão .....	98
CAPÍTULO 7 – Conclusões .....	99
7.1. Introdução .....	99
7.2. Impactos da implementação do MoniQuOr.CAT .....	99
7.3. Limitações do trabalho desenvolvido .....	101
7.4. Contributos do MoniQuOr.CAT no Percurso Profissional do Autor .....	101
7.5. Recomendações para investigação futura.....	102

Referências Bibliográficas.....	105
Anexos.....	113
Anexo 1 - Guião Geral de Autoavaliação.....	114
Anexo 2 – Guia para Recolha de Pontuações.....	131
Anexo 3 – Ficha Resumo.....	135
Anexo 4 – Relatório Final do CAT X .....	138

## Índice de Figuras

Figura 1– Desdobramento da abordagem clássica .....	12
Figura 2- Etapas na evolução dos sistemas de informação organizacional .....	31
Figura 3- Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade Baseado em Processos .....	40
Figura 4- Perspetivas do BSC .....	42
Figura 5- Modelo de Excelência da EFQM .....	43
Figura 6- Conceitos Fundamentais da Excelência .....	44
Figura 7- Lógica do Radar .....	44
Figura 8- Três níveis do Modelo EFQM .....	45
Figura 9- Estrutura da CAF .....	46
Figura 10- 10 Passos para melhorar as Organizações com a CAF .....	48
Figura 11- MoniQuOr.CAT - Áreas e Subáreas .....	77
Figura 12- Processo EFQM de Autoavaliação .....	82
Figura 13 - Autoavaliação (2005) - Apresentação dos scores por CAT .....	87
Figura 14- Avaliações - Apresentação dos scores por CAT .....	97

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Contributos de Frederick Taylor e de Max Weber .....	13
Tabela 2- Propostas reformistas de Osborne & Gaebler e de Barzelay .....	16
Tabela 3- Princípios e limitações da Reinventing Government .....	17
Tabela 4- Valorização dos critérios .....	78
Tabela 5- Etapas da Autoavaliação na DRC .....	79
Tabela 6- Área 1 – Organização e Gestão- apresentação de <i>scores</i> por CAT .....	84
Tabela 7- Área 2 – Direitos dos Utentes - apresentação de <i>scores</i> por CAT .....	85
Tabela 8- Área 3 – Promoção da Saúde - apresentação de <i>scores</i> por CAT .....	85
Tabela 9- Área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde - apresentação de <i>scores</i> por CAT ..	86
Tabela 10- Área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade - apresentação de <i>scores</i> por CAT .....	86
Tabela 11- Área 6 – Instalações e Equipamentos - apresentação de <i>scores</i> por CAT .....	87
Tabela 12- Área 1 – Organização e Gestão (Auto vs. Cruzada) .....	93
Tabela 13- Área 2 – Direitos dos Utentes (Auto vs. Cruzada) .....	94
Tabela 14- Área 3 – Promoção da Saúde (Auto vs. Cruzada) .....	94
Tabela 15-Área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde (Auto vs. Cruzada) .....	94
Tabela 16- Área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade (Auto vs. Cruzada) .....	95
Tabela 17- Área 6 – Instalações e Equipamentos (Auto vs. Cruzada) .....	95
Tabela 18- Totais por áreas (Auto vs. Cruzada) .....	95

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1- MoniQuOr.CAT - Mínimos vs. Máximos da Autoavaliação .....	88
Gráfico 2- <i>Scores</i> médios obtidos na Autoavaliação .....	89
Gráfico 3- Autoavaliação vs. Cruzada: Área 1 – Organização e Gestão .....	93
Gráfico 4- MoniQuOr.CAT - Resultados dos dois Momentos de Avaliação .....	96

## **Abreviaturas**

ARS - Administrações Regionais de Saúde

BSC - *Balanced Scorecard*

CAF - *Common Assessment Framework*

CAT - Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CEPD - Centro de Estudos da Profilaxia da Droga

CIJD - Centro de Investigação Judiciária da Droga

DGAEP - Direção-geral da Administração e do Emprego Público

DGS - Direção Geral da Saúde

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

DPP - Departamento de Prospetiva e Planeamento e Relações Internacionais

EEDS - Estratégia Europeia de Desenvolvimento Sustentável

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

EIPA - *European Institute of Public Administration*

ENDS - Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável

FSE - Fundo Social Europeu

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

IDT-DRC - Instituto da Droga e Toxicodependências - Delegação Regional do Centro

ISO - Organização Internacional de Normalização

MAOT - Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território

MoniQuOr.CAT - Instrumento e Monitorização da Qualidade Organizacional dos CAT

NPM - *New Public Management*

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

PIENDS - Plano de Implementação da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável

PPP - Parceria público-privada

QUAR - Quadro de Avaliação e Responsabilização

REGO - *Reinventing Government*

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPTT - Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UE - Unidades Especializadas

UMIC - Agência para a Sociedade do Conhecimento

## **CAPÍTULO 1 – Introdução**

O final do século XIX e a primeira metade do século XX trouxeram um surto de prosperidade e desenvolvimento como nunca visto, fruto da superioridade económica assinalável que a Europa exibiu quando comparada com o resto do mundo, induzida pela inovação e dos avanços no campo das ciências aplicadas que serviram de lastro à revolução Industrial.

Contudo, instalada a Grande Depressão (Crise de 1929), caracterizada por largos períodos de recessão económica, elevadas taxas de desemprego, quedas acentuadas do produto interno bruto das potências industriais, traduziu-se no surgimento de “movimentos gestionários defensores de uma menor intervenção estatal pondo cobro às tendências interventoras iniciadas com a I Guerra Mundial e reforçadas com a Depressão dos anos 30.” (Antunes, 2007, p. 4).

Como refere Pedro Adão e Silva (1997), o resultado do aumento dos custos, advindos da implementação de programas públicos de políticas sociais (proteção social, direito à habitação, saúde e educação) constituíram nos anos 80 um pouco por toda a parte, anos de debate sobre sistemas sociais em geral e os Sistemas de Saúde em particular. Fruto de coexistência de altas taxas de inflação e desemprego, alguns países caracterizados por um Estado-Providência fortemente enraizado, encetaram reformas de reestruturação, tanto no sentido do aumento da eficiência dos sistemas de prestação de serviços sociais, como no sentido da transformação do próprio Estado-Providência. Estas reformas tiveram como objetivo e característica essencial a substituição da universalidade por soluções mais seletivas que, na prática, devolveram aos cidadãos responsabilidades que antes eram cometidas ao Estado na sua função social.

Nesse sentido, a sociedade civil outorga com o Estado um contrato, transferindo parte da sua responsabilidade e recursos, recebendo em contra partida por parte do Estado o compromisso que lhes garanta a pacificação entre cidadãos (Silva, 1997). Por forma a efetivar esta relação de troca, o Estado, fiel depositário desses mesmos recursos, necessita de estruturas administrativas complexas para executar as políticas públicas, procurando cumprir o contrato estabelecido.

Assim, o aumento das exigências por parte dos cidadãos, por razões diversas, leva a que a estrutura organizativa do Estado aumente em matéria de complexidade, traduzindo-se na constatação de fenómenos de ineficiência e disfuncionalidades da Administração Pública e na falência do modelo intervencionista do Estado (Silva, 1997).

Segundo Boaventura Sousa Santos (1887, p. 13) “o direito à Saúde e às políticas de Saúde são parte integrante dos direitos e das políticas sociais”, pelo que o estudo desses princípios têm que ser realizados no contexto de um Estado de direito democrático, baseado na garantia dos direitos e liberdades fundamentais enquanto matriz de um Estado democrático e moderno.

O direito à Saúde é um preceito basilar do chamado Estado-Providência. O Estado-Providência faz sentido e tem um compromisso com o crescimento económico e políticas sociais “e mais amplamente, entre regimes políticos, capitalismo e democracia.” (Santos, 1987 in Antunes 2007, pp. 15-16).

Presentemente Portugal vive uma crise económica e financeira, no seio de uma economia globalizada que evidencia a necessidade de se proceder a ruturas com o passado e a reformas sem precedentes.

Assim, perante a necessidade de Portugal convergir em espaços económicos mais desenvolvidos e perante as incertezas dos mercados, somos questionados qual deverá ser o peso do Estado-Providência na economia nacional e se o mesmo, tal o conhecemos, não será um fator de entrave ao crescimento e à competitividade.

Perante uma expansão do setor público para além da esfera tradicional, uma economia que apresenta sinais ténues de convergência com os principais mercados, preconiza-se a adoção de reformas e novas políticas, tendo por base novos modelos organizativos assentes em práticas concorrenciais de mercado.

Em nome dos mercados, da necessidade de se proceder a ajustamentos das estruturas económicas nacionais e porque as economias são atingidas por «imponderáveis», na agenda das reformas estruturais, aceita-se como incontornáveis conceitos como: “Privatizar, liberalizar, desregulamentar, descentralizar e várias “inovações” associadas ao paradigma da Nova Gestão Pública, como nota dominantes do discurso mais recente dos reformistas da Administração Pública”. (Antunes, 2007. p. 4), em contraponto ao estímulo da atividade económica.

Assim, Hespanha (2008, p. 4) defende um novo modelo de intervenção ativo, em detrimento do modelo de intervenção clássico, baseado em novas formas de abordagem dos problemas sociais com especial ênfase na metodologia: “a abordagem por projeto, a ação descentralizada e partilhada, a personalização e contratualização das respostas”. Na visão do autor estes são os conceitos para uma nova realidade que pressupõe novos métodos de trabalho.

Perante uma crise mundial – económica social e política os Estados democráticos são confrontados com o dilema de manter um modelo de Estado-Providência, ou Estado Social, como agente de harmonização de assimetrias de uma sociedade, através da produção de mecanismos de regulação da esfera económica, e produção de políticas sociais assentes no princípio da solidariedade coletiva e intergeracional e a capacidade de o sustentar financeiramente com aceitação social (Antunes, 2007).

Perante tal tensão real, certos autores defendem que os problemas emergentes do Estado-Providência devem obter resposta por parte do Estado em nome de uma social-democracia, fazendo-se valer dos valores inscritos na Constituição. Outros advogam recordando os ensinamentos do passado e as disfunções do Estado para contrapor com opções de mercado e a liberdade de escolha de cada cidadão na procura de respostas adequadas à sua situação.

Nos finais do séc. XX, encontramos uma população assalariada integrada na comunidade, usufruindo de estatuto, identidade e posição social. Como salienta Antunes (2007, p. 6), “a empresa é-nos apresentada como a nova comunidade do indivíduo e o local de trabalho é a organização através da qual se executam as tarefas sociais”. Ou seja, é um organismo vivo, onde as pessoas e as organizações são capazes de desenvolver um sentido de identidade e de pertença, e um propósito de coletivo. A História, também, já provou que a essência dos mercados acaba sempre por ser revelada quando são conhecidas as questões do endividamento externo da economia do país.

A mudança ideológica a favor do mercado – mudança de uma cultura das políticas para uma cultura do individualismo e do mercado – obriga o Estado a redefinir o seu papel para que possa manter um papel efetivo. Rejeita-se uma cultura específica para as organizações públicas e defende-se a adoção generalizada dos instrumentos do mercado.

Face à crise financeira e insucesso do Estado – a elevada carga fiscal, a acumulação de défices orçamentais, a estagnação do crescimento económico e a incapacidade do Estado

responder às elevadas expectativas criadas nos cidadãos – urge que este (Estado) encete uma nova abordagem para efetivar essas mesmas respostas.

Coloca-se pois como fator importante, tal como em qualquer nova política, que a introdução de mecanismos de mercado siga uma abordagem com experiências-piloto, analisando-se cuidadosamente custos e performance, a exemplo do que se verifica nas parcerias público-privadas.

Assim, face às exigências dos cidadãos, perante restrições orçamentais e um desempenho pouco satisfatório da economia portuguesa, os governos ensaiam novas respostas assentes na modalidade de contratação pública via parceria público-privada (PPP)<sup>1</sup>” (Marques & Silva, 2008).

Outros críticos porém defendem que as funções sociais encontrarão resposta na ação de um novo e distinto setor social, o terceiro setor, constituído por organizações que além da execução das tarefas sociais representam ainda criação de cidadania.

Paradoxalmente assistimos a um movimento (neoliberalismo) que defende como opção política a economia de livre mercado em detrimento de uma economia planificada, privatizando o Setor Público Empresarial, num momento que os cidadãos mais exigem do Estado, quer no alargamento da sua área de intervenção quer na sua modernização (Antunes, 2007).

Contudo, face à reorganização da estrutura da sociedade salarial (que é o resultado da fragilização da relação salarial e da instabilidade dos trabalhadores estáveis, aumentando a insegurança no mundo do trabalho a que designa por remercantilização do trabalho), que deixa de garantir a proteção social perante os efeitos da recessão mundial, como referiu Leal (1985), esta é condicionada pela inexistência de pactos de regime a médio e a longo prazo, défice das contas públicas aliado à ausência de estadistas e à incapacidade técnica de um aparelho administrativo afastado das grandes reformas administrativas que se lhes

---

<sup>1</sup> “Os encargos líquidos do Estado com parcerias público-privadas (PPP) dispararam quase 60% no ano de 2014, para um total de 1543,8 milhões de euros. A maior derrapagem foi protagonizada pelos contratos do setor rodoviário, que assistiram a uma subida de 108% nos custos para os cofres públicos, fruto do início dos pagamentos das subconcessões. Na saúde, a UTAP - Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos faz referência a uma subida de 3% nos encargos líquidos, explicada pelo aumento da produção observado em praticamente todas as unidades hospitalares e pelos pagamentos feitos em 2014 às entidades gestoras do Hospital de Loures e do Hospital de Vila Franca de Xira.” (Correia, 2015, p. 1)

impõem. Todas estas contrariedades não contribuem para tornarem o Estado-Providência num bom modelo de desenvolvimento de políticas sociais ou/e económicas.

Em síntese e acompanhando o pensamento de Antunes dir-se-ia que a “crise do Estado-Providência aponta para a necessidade de reformar o Estado, numa clara constatação da imperatividade de ultrapassar a ineficiência e a disfuncionalidade da Administração Pública” tornando-a mais forte e mais capaz (Antunes, 2007, p. 9).

Porém, a mudança de paradigma e a passagem de um Estado intervencionista para um Estado regulador não se afigura como a “derrocada do Estado-Providência, mas talvez a sua preservação”, correspondendo a uma corrente política dominante como forma de superar o comportamento insatisfatório da economia portuguesa, “correspondendo à única forma de garantir o valor inestimável que é viver em democracia”. De facto, face ao contexto histórico, político e social e tendo em conta as mudanças estruturais que são exigidas pela sociedade, os sucessivos governos imprimem políticas que vão mais no sentido de adaptar do que reformar, caracterizando-se por intervenções de natureza casuística, correspondendo ao conceito designado por “metamorfose do Estado.” (Antunes, 2007, p. 9).

Face ao exposto, parece pois, que o primado da questão instrumental da reforma sobre a questão política é pouco coerente, pois a questão que se coloca é a de ter uma melhor Administração Pública para servir os objetivos do sistema político democrático baseado na cidadania e não a de ter um sistema político que sirva as necessidades de gestão da Administração Pública. “*Menos Estado*”, “*melhor Estado*”, pressupõe que o Estado consegue acompanhar as mudanças desejadas pela sociedade civil, gerir os recursos que lhe são alocados e criar as ligações desejadas para atingir os objetivos que lhe são propostos.

Como conclui Cláudia Carvalho, “considera-se que o Estado não é um fim em si mesmo, mas sim um meio para promover o desenvolvimento e a sustentabilidade de uma sociedade, gerando equidades nas oportunidades aos cidadãos, promovendo o desenvolvimento da sociedade, do território – nomeadamente o equilíbrio entre a especialização e diversificação da economia regional – a interação das atividades regionais e criação de potencial de inovação tecnológica e coesão social, assumindo cada vez mais as funções de soberania e regulamentação. Nesse sentido, a clarificação do papel do Estado

na sociedade parece ser o pilar de toda a reforma da Administração Pública”. (Carvalho, 2008, p. 22).

Porque a centralidade do Estado é uma realidade a par de uma sociedade civil que revela fraquezas, urge saber qual o papel que o Estado terá no futuro: se será um Estado produtor de bens e serviços, mais ou menos interventor na economia, ou se para além das “funções tradicionais do Estado de lançar impostos, defesa e soberania, justiça e promoção da equidade social, lhe cumprirá de igual modo uma intervenção ativa nos mercados, fazendo uso dos instrumentos de que dispõe para estabilizar a economia e assegurar o crescimento.” (Ribeiro, 2012, p. 1).

Isso leva a lembrar que uma das funções do Estado é promover a oferta de bens e serviços para a qual a provisão privada pode não ser eficiente, e que outra é promover a coesão e inclusão social dos públicos mais desfavorecidos.

Perante uma sociedade caracterizada por uma crise generalizada de valores, a par de uma crise económica e financeira que nos remete para uma divergência real em comparação com outras economias, recai na figura do Estado “garantir a inclusão de estratos sociais mais frágeis, promovendo o acesso a Serviços de Saúde e de educação conforme consagrado na Constituição” Ribeiro (2012, p. 1). Se consideramos os sistemas de saúde como vetor essencial nas funções clássicas do Estado, facilmente se entende que o Estado deve velar pela regulação e produção daqueles serviços, no superior interesse geral e em nome de uma sociedade democrática por forma a manter a coesão e identidade nacional.

Aos sucessivos governos exige-se que consagrem nos seus programas de governo, a criação de uma Administração Pública, próxima dos cidadãos que consuma a menor quantidade de recursos em nome do desenvolvimento da economia nacional, mas determinada em se organizar, promovendo economias de escala pela eliminação de estruturas sobrepostas. Por outro lado o mesmo programa, deve estabelecer que a política de modernização da Administração Pública deve ser conduzida de forma condizente com a capacidade financeira disponível do país, alicerçada numa política de melhoria da Qualidade contínua do serviço a prestar aos cidadãos, às empresas e às comunidades, por via da reestruturação da Administração Central e Local (SINFIC, 2008).

Tais objetivos assentam na necessidade de reduzir o volume da despesa pública para a qual contribui de forma relevante a Administração Pública com a sua dimensão. Uma

Administração sobredimensionada não é apenas disfuncional, mas também consumidora de recursos financeiros, gerando ineficiência e criando entraves a uma sã relação entre a Administração Pública e a sociedade (SINFIC, 2008).

Assim, é essencial que Administração Pública se reinvente recorrendo à racionalização das suas estruturas, simplificação de atos administrativos e automatização de processos, por forma a ficar mais próxima dos cidadãos, libertando recursos económicos para alavancar a economia nacional, com ganhos espectáveis de eficiência (SINFIC, 2008).

Neste contexto, é fundamental clarificar-se a importância da questão da avaliação dos serviços públicos.

Tal pressuposto levou a implementar um plano de avaliação da qualidade organizacional no Instituto da Droga e Toxicodependências - Delegação Regional do Centro (IDT-DRC), assente no modelo da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) aplicado nos Centros de Saúde (MoniQuOr C.S.) e reconfigurado para um programa de melhoria contínua da qualidade organizacional nos CAT.

O autor do presente trabalho tendo ingressado no quadro de pessoal do SPTT-DRC em 2001 para desempenhar funções na área do planeamento, cedo se apercebe da necessidade de criar normativos e de introduzir ferramentas de autoavaliação para a qualidade através do qual uma organização procede ao diagnóstico do seu desempenho numa perspetiva de melhoria contínua, através da identificação de pontos fortes e áreas de melhoria.

Assim, este Relatório de Atividade Profissional tem como objetivo geral contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos, em especial no domínio da Saúde, dando a conhecer o projeto com todas as suas vicissitudes e como objetivo específico consolidar o percurso profissional do autor, por via da assimilação de conhecimentos na área da Gestão da Qualidade e demonstrar a importância do MoniQuOr na consolidação da sua carreira profissional, nomeadamente, na assunção de cargos de chefia que desempenhou em diferentes Serviços Públicos.

Tendo em conta o desafio perpetrado em outubro de 2001 à Delegada Regional da DRC a necessidade de mobilizar recursos humanos e financeiros em torno do projeto, o MoniQuOr.CAT foi um marco diferenciador na estratégia da DRC e marcou definitivamente a carreira profissional do autor, catapultando-o posteriormente para outros desafios profissionais. Assim, pela relevância do MoniQuOr.CAT, importa que faça parte

integrante do presente relatório de atividade profissional, divulgando-o pela comunidade científica.

Para dar corpo ao presente Relatório de Atividade Profissional entendeu-se necessário elaborar uma revisão da literatura abordando dois grandes temas: a importância de se proceder à reforma do Estado e uma referência aos grandes precursores da Teoria Geral da Administração. Este quadro conceitual, seguido de uma abordagem sobre Qualidade Organizacional e modelos de Gestão de Qualidade, constitui a primeira parte do Relatório de Atividade Profissional. A segunda parte retrata as diferentes fases de implementação do projeto MoniQuOr.CAT na DRC, metodologia ensaiada, análise de resultados e as conclusões.

Em concreto, o presente Relatório de Atividade Profissional estrutura-se em sete capítulos, incluindo esta Introdução. Assim, no Capítulo 2 faz-se uma abordagem geral sobre a reforma da Administração Pública e desafios exigidos pelos cidadãos às atuais estruturas organizacionais do Estado. No Capítulo 3, abordamos instrumentos e modelos de avaliação de desempenho usados na Administração Pública. No Capítulo 4 procede-se à caracterização e evolução do Sistema Nacional de Saúde Português, a par da evolução das estruturas de Saúde na área das toxicodependências. No capítulo seguinte explanamos a metodologia e objetivos inerentes ao MoniQuOr. No Capítulo 6 procedemos à caracterização do IDT-DRC e das suas Unidades Orgânicas. O Capítulo 7 foi reservado às conclusões, procedendo-se a uma reflexão acerca dos principais contributos e limitações subjacentes ao modelo e ainda algumas recomendações para investigações futuras.

---

PARTE I – Revisão da Literatura

---

## **CAPÍTULO 2 – Reforma da Administração Pública**

### **2.1. Introdução**

Em Portugal, a reforma do Estado tem tido especial expressão na desburocratização do acesso dos cidadãos à “máquina” do Estado, por via simplificação ou eliminação de procedimentos, em grande medida recorrendo a balcões ou portais eletrónicos, traduzindo-se numa Administração mais amigável para estes (cidadãos), respondendo às suas necessidades, prestando serviços de excelência a baixo custo (INA, 2014).

Portugal necessita de uma Administração Pública eficiente que permita o desenvolvimento do setor privado, a par do setor público, num ambiente competitivo global. As reformas anunciadas são não só urgentes, quanto necessárias, para enfrentar estes desafios, e ainda mais expressivas neste contexto de globalização.

É, pois, legítimo e urgente proceder a uma reforma da Administração Pública. Todavia, reformar não implica necessariamente fragilizar a Administração. Pelo contrário, só através de um reforço da qualificação dos colaboradores do Estado e novos métodos de trabalho é que se consegue prestigiar o exercício de funções públicas e garantir que a Administração atue de forma eficiente, imparcial e independente, livre da pressão de interesses privados ou do clientelismo político.

Assim, é objetivo deste capítulo, dar a conhecer as principais teorias da administração que influenciaram a organização da atual Administração Pública, bem como, quais os atuais desafios e constrangimentos que a mesma enfrenta e como providenciar uma resposta por parte da Administração Pública a uma sociedade cada vez mais ciente dos seus direitos.

Pelo exposto, este capítulo inicia-se com uma síntese breve sobre o enquadramento da mudança sentida no seio da Administração Pública (Secção 2.2), evoluindo, de seguida, para uma revisão da literatura sobre as doutrinas da Administração, com especial ênfase para as escolas clássica e contemporânea. Posteriormente, aborda-se a necessidade de serem introduzidas reformas no setor estatal, o papel do cidadão e da sociedade civil, e a necessidade da prestação de contas numa sociedade democrática (Secção 2.3). Na Secção 2.4 explora-se a necessidade de repensar o Estado-Providência e a assunção de novas políticas públicas, com introdução de mecanismos de descentralização de tomadas de

decisão. Na Secção 2.5 abordamos os contributos provenientes da evolução tecnológica aliada ao aparecimento da sociedade de informação e suas implicações na reforma da Administração Pública, seguida de uma secção dedicada à conclusão.

## **2.2. O paradigma Burocrático e os Princípios da Nova Gestão Pública**

Nos finais do séc. XIX e início do séc. XX, surge a “abordagem Clássica da Administração, que se desdobra em duas vertentes até certo ponto opostas entre si, mas relativamente coerentes entre si” (Chiavenato, 1999, p. 27).

Numa vertente, encontramos a Escola da Administração Científica, desenvolvida nos Estados Unidos a partir dos trabalhos de Frederick Taylor, cujos propósitos assentam no estudo dos métodos de trabalhos e tarefas, definindo-se tempos padrão com a finalidade de aumentar a eficiência da força de trabalho e por conseguinte a produtividade da empresa. Assim, todo o estudo é, portanto, depositado na análise cuidada e sistemática da tarefa, “permitindo a especialização do operário e reagrupamento de operações, tarefas e cargos que constituem a chamada Organização Racional do Trabalho” (Chiavenato, 1999, p. 27). Dentro do conceito de Gestão Empresarial existe uma estrutura industrial, com foco no trabalho distribuído por tarefas. Taylor foi o grande precursor desta teoria, a qual teve grande impacto na Gestão e por sua vez na Gestão Pública. Assim, a sua ideia de que usando princípios científicos as tarefas poderiam ser subdivididas em pequenas partes, simplificando a tarefa, fornece a base teórica para o *one best way* dos trabalhadores realizarem o seu trabalho, promovendo a eficiência ao nível operacional. Por isso, se dá especial atenção à divisão de tarefas do operariado.

Em França, Fayol desenvolve a corrente intitulada teoria Clássica, cujo estudo assenta na análise da «anatomia» e «fisiologia» da organização. Os seus trabalhos incidiram sobre como aumentar a eficiência da empresa por meio da forma como eram constituídos os órgãos componentes da organização (departamentos) e suas inter-relações estruturais, colocando a ênfase na anatomia (estrutura) e na fisiologia (funcionamento) da organização. A abordagem da corrente Anatomista e Fisiologista é por tudo isto uma “abordagem inversa à da Administração Científica: de cima para baixo (da direção para a execução) e do todo (organização) para as suas partes (departamentos)” (Chiavenato, 1999, pp. 27,28).

Em suma, o seu principal foco incide na estrutura (Chiavenato, 1999). Na Figura seguinte, dá-se conta dos fatores diferenciadores das duas correntes.

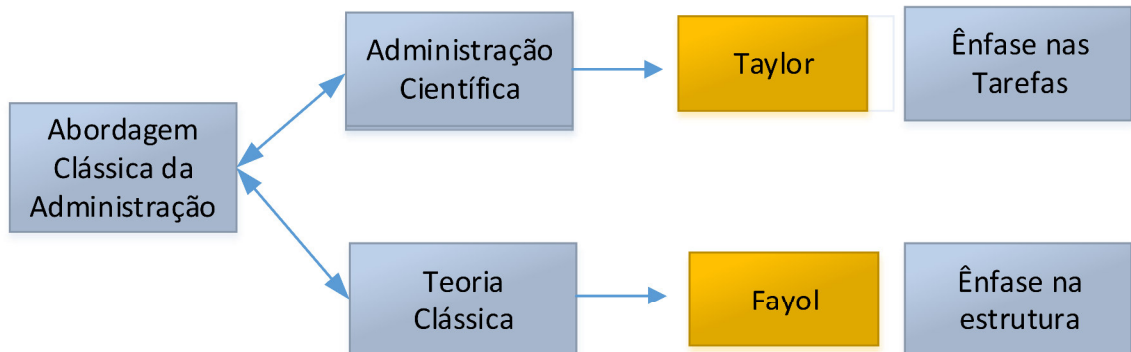


Figura 1– Desdobramento da abordagem clássica (Fonte: Chiavenato, 1999:28).

Também no início do século XX, o sociólogo alemão, Max Weber, publica uma biografia retratando as grandes organizações da sua época, apelidada de burocracia, e que levaria a considerar o século XX como o “século das burocracias” (Chiavenato, 1999, p. 217).

A palavra burocracia conotada com o método de organização racional e eficiente, em detrimento do poder discricionário dos antigos regimes, com vista a alcançar a “racionalidade, isto é, relação entre meios e recursos e objetivos a serem concretizados” (ênfase na estrutura). Assim, Weber preconizava a burocracia como o primado da organização por excelência assente na racionalidade procurando o modo de tornar os recursos mais eficientes para atingir as metas da organização (Chiavenato, 1999, p. 218).

Para alcançar tal desiderato, a burocracia assenta nos detalhes da organização, sob a forma de normas e regulamentos. Nesse sentido, a “burocracia é uma estrutura social racionalmente organizada”, assente em normativos e regulamentos com força de Lei, conferindo às hierarquias o poder de decisão e de disciplina sobre os seus subordinados (Chiavenato, 1999, p. 227).

Assim, o poder institucionalizado e oficializado, acrescido de especialização funcional, tornava possível a realização de tarefas substanciais e complexas de forma eficiente e com toda a previsibilidade. Daí todo o carácter normativo do trabalho, cujas atividades devem ser executadas de acordo com rotinas e procedimentos estabelecidos, conferindo ao modelo burocrático a solidez e a vantagem técnica suficiente que é exigida na prestação de contas (Moe, 1994).

Para March & Olsen (1995, pp. 30,31) advogam que o “paradigma burocrático assente em princípios de autoridade, legitimidade e dominação” produzem ações justas e esperadas consagrando fiabilidade nas ações, assegurando justiça nas decisões proferidas.

Um princípio geral de governação é que quem tem poder, deve prestar contas em última análise aos cidadãos, pela legalidade, moralidade, profissionalismo, correção política, soluções seguidas, decisões tomadas e atitudes expressas, como fazendo parte de um processo de democratização e de civilização. Porém, o modelo burocrático foi desenvolvido numa época em que só os que estavam no topo da pirâmide é que dispunham de informação suficiente para tomar decisões fundamentadas, numa separação clara entre propriedade e administração. Sintetizando, apresentam-se na seguinte Tabela os fatores diferenciadores das duas escolas.

*Tabela 1- Contributos de Frederick Taylor e de Max Weber (Fonte: Antunes, 2007:21)*

<b>FREDERICK TAYLOR</b>	<b>MAX WEBER</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ênfase na eficiência</li> <li>* Divisão das tarefas</li> <li>* Simplificação das tarefas</li> <li>* Especialização dos trabalhadores</li> <li>* Salários ligados à produtividade</li> <li>* O Dinheiro como principal recompensa pelo trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Regras definidoras dos procedimentos</li> <li>* Autoridade centralizada</li> <li>* Hierarquia</li> <li>* Cadeia de comando</li> <li>* Funcionários de carreira selecionados por mérito</li> <li>* Utentes tratados sem favoritismo</li> <li>* Especialização no trabalho</li> </ul>

Atualmente, vivemos num mundo impulsionado pela mudança, fruto da pressão competitiva, assistindo ao aumento do poder dos acionistas e dos clientes, numa sociedade de informação, numa economia fortemente baseada no conhecimento, com os colaboradores a exigirem autonomia, com os cidadãos habituados a terem múltiplas opções de escolha, num mundo cada vez mais globalizado.

Hoje em dia existe uma distribuição de poderes entre o Estado e o mercado. O Estado hierárquico “é demasiado grande para resolver pequenos problemas e demasiado pequeno para resolver grandes problemas” (Bell, 1987 *in* Antunes, 2007, p.21).

Aproveitando-se das deficiências do sistema, os críticos da burocracia referem que a burocracia está muitas vezes acima do interesse dos cidadãos.

Tais críticos advogam que os burocratas racionais desenvolvem mecanismos de autoproteção e auto valoração por via da não partilha de informação, aumento de efetivos sob sua jurisdição e reclamação de maiores orçamentos no intuito de desfrute de prestígio

social, contribuindo assim para o crescimento da estrutura do Estado e disfuncionamento da mesma. Assim, os “interesses do burocrata sobrepõem-se aos interesses da organização, e como os burocratas possuem a informação relevante nem mesmo o poder legislativo os controla” (Niskanen, 1971 in Antunes, 2007, p. 13).

Em suma, o facto de uma organização ser racional não implica que os seus colaboradores ajam racionalmente no que respeita às decisões a tomar, metas e aspirações. Muito pelo contrário, quanto mais racional e burocrática for uma organização, tanto mais os seus colaboradores se comportam como meras peças de uma engrenagem mais vasta e complexa.

A organização, para ser eficiente, exige legitimidade, racionalidade, disciplina e limitação na hora da tomada de decisão. A burocracia traduz-se na forma racional de organizar pessoas e atividades no sentido de alcançar objetivos específicos. Por sua vez, Perrow (1976) defende que as organizações burocráticas decorrem de uma imperiosa necessidade de especialização, de mitigar influências do meio ambiente contextual e transaccional sobre os seus membros, garantindo elevados padrões de eficiência, aliados a padrões de competência, contribuindo desta forma, para minimizar os efeitos da variabilidade do ambiente no seio da organização.

Assim, e face aos constrangimentos apresentados pela Teoria da Burocracia na Administração da autoria do sociólogo alemão Max Weber, surge a necessidade de se proceder a uma nova abordagem de gestão e administração das organizações públicas, que inspirou não só a privatização e a desregulamentação do setor estatal, mas também o processo de racionalização interna das administrações públicas. Foram precursores desta nova abordagem, países como os EUA, o Reino Unido e a Nova Zelândia, surgindo esta em consequência das transformações operadas no mundo cada vez mais globalizado, caracterizado por ciclos de fusões e aquisições, e expansão de grandes grupos económicos que operam à escala global.

O objetivo da Nova Gestão Pública era obter maior eficácia da administração, mudando as organizações e os processos de funcionamento. A esta abordagem estava associada a introdução de uma filosofia de gestão empresarial na Administração Pública,

predominando os princípios de *lean management*<sup>2</sup> e de Gestão da Qualidade Total. A introdução da lógica da Nova Gestão Pública na Administração Pública tem por pressuposto a superioridade dos mecanismos de mercado em relação ao paradigma burocrático, determinando a redução do peso do setor público, a flexibilização do regime de trabalho, a desregulamentação, a delegação e a devolução de poderes, sendo apresentada num contexto de estrangulamentos orçamentais e de revalorização das perspetivas do empreendedorismo.

A Nova Gestão Pública defende que as organizações públicas devem ser geridas da mesma forma que as empresas privadas, utilizando mecanismos com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados e aumentar a resposta da Administração Pública às necessidades dos cidadãos.

Investigadores como Osborne & Gaebler (1992) e DiIulio (1994), citados por Antunes (2007) referem que a apatia e a inflexibilidade que normalmente caracterizam o setor público são amplamente atribuíveis às alegadas especificidades do mesmo. Defendem que o Estado renuncie a algum controlo direto sobre as suas organizações e atribua um papel mais periférico aos funcionários públicos em comparação com a administração tradicional. Os políticos devem concentrar-se mais na função estratégica, sendo assim a prestação de serviços do setor público levada a cabo como no mercado, permitindo assim uma maior eficiência e satisfação por parte dos clientes, levando-os a sentir que a valia pública criada é superior ao esforço financeiro que lhes é exigido.

Este movimento iniciou-se após a Segunda Guerra Mundial, uma gestão mais virada para o mercado, tornando-se mais estabelecida nas décadas de 80 e 90. Tendo, sempre, em conta a Gestão da Qualidade e perseguindo sempre *one best way*. Este movimento de reforma foi iniciado por Edward Deming, um americano que se tomou consultor dos empresários japoneses após a Segunda Guerra Mundial. Assim, as suas técnicas de Controlo de

---

<sup>2</sup> *Lean management* é uma filosofia de gestão empresarial que tem como objetivo principal criar valor para a empresa através da redução do desperdício. Requer uma total quebra dos paradigmas existentes e implica uma completa mudança de mentalidades na forma como se gerem as atividades. É uma filosofia de gestão centrada na melhoria da produtividade, reduzindo ou eliminando custos e tempos, com vista a promover as atividades que realmente acrescentam valor para o cliente. O conceito é aplicado em áreas como a indústria e em outros serviços gerais, sejam do domínio empresarial ou público. O pensamento "*lean*" consiste num conjunto de princípios que visam simplificar o modo como uma organização produz e entrega valor aos seus clientes enquanto todos os desperdícios são eliminados. O ponto de partida é reconhecer que apenas uma pequena fração do tempo e esforço de uma organização é convertida em valor. Após definido o valor de um produto ou serviço na perspetiva do cliente, todas as atividades que não acrescentam valor devem ser eliminadas.

Qualidade aliadas aos conselhos de gestão de Joseph Juran alcançaram excelentes resultados na indústria Japonesa dos anos 70. Tendo sempre como ponto de partida as expectativas e as necessidades dos consumidores para naturalmente melhorar a qualidade.

Seguindo o pensamento de Antunes (2007, p. 23) “o movimento de reforma gestor nas empresas passou pela teoria da Qualidade Total, encontrando precursores como: Juran (1995) com a chamada *Management breakthrough*; Crosby (1979), com o conceito de “zero defeitos” e a Conformidade com Especificações que variam conforme a necessidade do cliente; Peters (1987), pela senda da Excelência; Weisbord (1978) pela Qualidade de Vida no Trabalho; Senge (1990) pelas *learning organizations*; Hamer & Champy (1993) pela Reengenharia nas Organizações. Cada um destes autores defendia um conjunto de princípios que deveriam ser aplicados para a reforma ter sucesso”.

Posteriormente, Osborne & Gaebler (1992) com a sua *Reinventing Government* (REGO) e Barzelay (1992) com *Breaking through bureaucracy* propuseram novas abordagens para a reforma e reestruturação do setor público, podendo resumir-se os seus modelos da seguinte forma:

Tabela 2- Propostas reformistas de Osborne & Gaebler e de Barzelay (Fonte:Antunes, 2007:23)

Osborne & Gaebler (1992)	Barzelay (1992)
* Medir a performance da governação	* Medir e analisar os resultados
* Redefinir os cidadãos/utentes como clientes	* Alargar as opções dos clientes
* Promover a competição	* Melhorar a prestação de serviço
* Capacitação dos cidadãos	* Obter valor para o cidadão
* Gerir pela missão	* Adaptar o trabalho à missão
* Prevenir os problemas antes de ocorrerem	* Identificar e resolver os problemas
* Merecer as receitas	* Aderir às normas e não apenas à lei
* Descentralizar a autoridade	* Tornar os funcionários responsáveis
* Usar mecanismos de mercado	* Dar incentivos
* Dinamizar o voluntariado	* "Desvalorizar" a eficiência e enfatizar a qualidade e o valor do serviço público
	* Quem executa não controla

Estas duas propostas reformistas, a que se seguiu *Banishing Bureaucracy* de David & Plastrik (1997), propõem uma nova ferramenta na gestão da Administração Pública, introduzindo o princípio da prestação de contas e da responsabilização dos decisores perante os cidadãos, isolando a administração dos departamentos públicos da influência política, promovendo uma nova cultura, possibilitando aos funcionários novas experiências de trabalho e novas interações com os cidadãos. Apesar da evidência empírica dos

princípios defendidos, podem apontar-se algumas limitações aos dez princípios do modelo da REGO que, para efeitos de análise e de forma sumária, podem resumir-se da seguinte forma:

Tabela 3- Princípios e limitações da Reinventing Government (Fonte: Antunes, 2007:24)

Princípios	Limitações
* Orientar em vez de fazer	* Presume que todos estamos de acordo quanto a onde devemos orientar e como devemos lá chegar, o que está longe de ser verdade.
* Fortalecer os clientes em vez de os servir e intensificar a orientação para os clientes.	* Poderia facilmente querer dizer abdicar das responsabilidades de responder às verdadeiras necessidades públicas.
* Introduzir a competição na prestação de serviços e incentivar a mudança através de incentivos do tipo de mercado.	* Poderia beneficiar certos serviços e prejudicar outros, prejudicando finalmente os cidadãos.
* Organizar por missões em vez de por regras e apoiar resultados e não os inputs.	* A separação de poderes é desejável e o poder executivo não está limitado na produção de medidas eficazes.
* Encorajar o desempenho empresarial em vez dos gastos burocráticos.	* Focalização dos gestores na captação de recursos em detrimento da missão ou do interesse público.
* Centrar na prevenção em vez de desacautelar.	* Resolução de problemáticas na base da análise redutora de custo/benefício.
* Descentralizar as organizações e incentivar o trabalho de equipa.	* Centralização e descentralização são exigidas, a chave está em saber onde e quando são necessárias.

Os críticos da nova gestão pública chamam à atenção para “o seu caráter pouco científico, limitando-o ao senso comum e a uma combinação de diversos conceitos clássicos da Administração Pública com teorias da *Public Choice*” (Antunes, 2007, p. 24), sob influência de uma gestão empresarial<sup>3</sup> onde a incoerência entre políticas públicas e missão dos serviços é uma constante, aliada ao facto da existência de gestores públicos fortemente apegados à ascensão a novos cargos políticos, em detrimento das necessidades dos cidadãos. Esta dicotomia promove a desconexão entre clientes e instituições. A nova gestão pública foi implementada no setor público para criar mudança com base na desagregação, competição e incentivos.

Uma desregulamentação do sistema monetário internacional e dois choques petrolíferos, em 1973 e 1979, estiveram na origem de uma crise económica, financeira e social que travou o ritmo de crescimento nos países industrializados. Esta crise levou os governos a repensar a estrutura organizacional da Administração Pública assente num modelo de organização burocrática, através do qual os governos forneciam bens e serviços

<sup>3</sup> Na abordagem da teoria da *Public Choice* (Escolha Pública) em regimes democráticos, as decisões políticas são realizadas no seio de instituições, em que um conjunto de indivíduos toma decisões coletivas de acordo com regras específicas, que permitem assunção de uma escolha coletiva em detrimento de escolhas múltiplas individuais. A Escolha Pública originou-se como um campo distinto de especialização há meio século atrás nas obras de seus fundadores, Kenneth Arrow, Duncan Black, James Buchanan, Gordon Tullock, Anthony Downs, William Niskanen, Mancur Olson e William Riker. Escolha pública revolucionou o estudo dos processos de tomada de decisões democráticas.

considerados ineficazes (Peters, 1987). Segundo o mesmo autor, a gestão efetiva é drasticamente comprometida em organizações hierarquizadas, cuja gestão é baseada em regulamentos e é controlada a nível central. Outro pensador, Drucker (1968), mundialmente conhecido pelo seu pensamento inovador e pelas formas de abordar a gestão de negócios, defendia a partilha do conhecimento dentro das organizações e a descentralização da gestão.

Por outro lado, Woodrow é considerado um pai do idealismo, pensador da relação entre política e administração, defensor da separação entre burocracia e política. Este autor defendia a “separação clara entre as atividades dos burocratas e as dos políticos, para que os políticos decidissem sobre as escolhas das políticas públicas, e os burocratas apenas as implementassem, como agentes técnicos e neutros, determinando as questões do papel do Estado e como tomá-lo mais eficiente” (Auchincloss, 2000).

Antunes (2007, p. 24) expressando o pensamento de Drucker (1968) do mesmo modo que Woodrow, exigiam que o Estado definisse as suas competências, no sentido de que as suas atribuições seriam realizadas adequadamente. Woodrow Wilson pretendia a “remoção dos políticos da administração para promover a prestação de contas, eficiência e produtividade” no pressuposto de administração neutral e ímporta.

Em resumo, Woodrow que conferiu liberdade de campo de atuação à Administração Pública submete, ao mesmo tempo, essa atuação aos ideais do governo, ao afirmar que “administração é a parte integrante do governo” (1887, p. 198) ou seja, a Administração Pública é o braço instrumental das políticas do Governo.

Outros pensadores (Osborne & Gaebler, 1992) veem a organização burocrática como um fracasso e argumentam que esta característica organizacional não se adapta ao contexto económico-social, que exige que as instituições públicas sejam estruturas flexíveis, produtivas e voltadas para a qualidade, respondendo aos novos desafios baseados no conhecimento - a economia global pós-industrial.

Estes autores enumeram dez princípios que levariam à reinvenção da Administração Pública, defendendo um governo empresarial com foco nos resultados, descentralizado, desburocratizado, privilegiando o trabalho em equipa e a operar em livre concorrência.

Outros princípios da REGO, como a “descentralização do poder de decisão e a gestão participada, foram abordados por Ostrom (1990) quando afirmava que a melhor pessoa

para resolver os problemas de uma dada tarefa era o funcionário que tinha a responsabilidade direta da produção” (Antunes, 2007, p. 25). O autor defendia ainda que o governo devia ser mais descentralizado, mais orientado para o mercado e rejeitava a burocracia porquanto era antidemocrática, centralizava o poder e era ineficiente. A *Public Choice* identifica a necessidade das organizações mudarem o seu foco das regras burocráticas para se concentrarem nos clientes. A REGO coloca a ênfase no “modelo de mercado, em detrimento do modelo burocrático, para alcançar a eficiência organizacional, assumindo a sua superioridade no espírito empreendedor dos indivíduos que guiam as decisões pelo sinal do mercado em vez das regras burocráticas” (Ketl, 2000 *in* Antunes, 2007, p. 25).

Eugénio Antunes (2007) refere-se a Moe (1994), como um crítico da Nova Gestão Pública, diferencia nitidamente a gestão pública e a gestão privada. No setor público a tomada de decisão, e qualquer ação administrativa, devem repercutir-se nos interesses públicos e não nos interesses financeiros dos empresários ou das empresas. Em suma, sob o ponto de vista tradicional da Administração Pública, o objetivo primeiro é o de separar setores juridicamente distintos, protegendo os direitos dos cidadãos contra uma possível ação do governo arbitrário. Objetivamente o direito público prevalece, na sua opinião, sobre os objetivos da gestão, desempenho e resultados, subjacente aos princípios e valores da democracia e do Estado de direito.

Segundo Antunes (2007, p. 25) a Nova Gestão Pública “defende a mudança do paradigma burocrático, encorajando a separação da política da prestação do serviço” como forma de responder à complexidade dos serviços públicos.

Contudo, Eugénio Antunes (2007) chama à atenção para que se todas as funções de gestão fossem somente a prestação de serviços perfeitamente padronizados e o público-alvo fosse consensual, o executor das políticas seria o fator de menor denominador comum. Porém, tal não se verifica e nem sempre é clara a definição de serviço público ou quem são os seus destinatários e quem tem o direito a escolhê-los.

Ainda segundo o mesmo autor, a governação tradicional assenta em princípios burocráticos, fortemente hierarquizada segundo lógicas piramidais e de concentração de poderes, orientada para a neutralidade, competência profissional, equidade e justiça social,

criada e mantida com vista a assegurar a prestação de contas aos eleitos e a boa gestão dos bens públicos.

Para este autor, a governação empreendedora procurou reorganizar os modelos de organização do trabalho, voltando-se para o mercado, onde encontra as suas raízes, numa teoria de gestão empresarial em prol do consumidor, alentando o correr de riscos desde que a qualidade do serviço ou as relações com os clientes sejam otimizadas. O atual gestor público depara-se, então, com a necessidade de reunir os dois modelos num só, assim o exigem os cidadãos, clientes, contribuintes, de acordo com o papel desempenhado. Enquanto clientes exigem o melhor serviço, enquanto contribuintes pretendem serem onerados o menos possível, e enquanto cidadãos pretendem que lhes garantam os seus direitos. Embora, atualmente tenhamos uma Administração Pública caracterizada pelos limites da sua atuação.

Para Antunes (2007, p. 27) a gestão pública deve ser “palco de experimentação, de iniciativa, de criatividade” em consonância com os saberes praticados nas instituições de ensino, num contacto intrínseco com os agentes locais, baseada em “mecanismos de coordenação” e prestação de contas, perspetivando uma representação da curva de aprendizagem.

### **2.3. Reforma da Administração Pública, a Lógica Empresarial e o Estado**

A maioria dos países da União Europeia têm enfrentado nos últimos anos longos períodos de elevada carga fiscal, motivo que oferece por si só o mote para eliminar desperdício e recriar um novo setor público. Em momentos de contração orçamental as políticas públicas e a prestação de serviços públicos são temas centrais em qualquer estado, levantando-se a questão das restrições orçamentais, impondo-se a identificação desses mesmos desperdícios na esfera pública.

A literatura é fértil em tentativas de implementação de modelos que foram fortemente criticados, que se traduziram pela ausência de um processo contínuo e iterativo que visasse manter a organização como um conjunto coerente e integrado a operar num ambiente de elevada eficiência.

É de salientar ainda, que estes cenários de crise geram momentos oportunos para a reflexão sobre que modelo se pretende para a Administração Pública, nomeadamente que alterações ou correções se devem operar para que se crie uma Administração Pública racional, sustentável do ponto de vista financeiro e dinamizadora de atividades económicas.

A reforma da Administração Pública terá que ser baseada em conceitos patentes na Nova Gestão Pública. No entanto, a necessidade de transformar o funcionamento da Administração Pública numa gestão mais eficaz, mais eficiente e mais flexível, tendo em conta a inovação e centrada nas necessidades dos cidadãos, deve ser realizada no marco de uma Administração Pública democrática. Assim, partindo de um novo modelo conceptual que privilegia a alocação de recursos em detrimento do mecanismo de eleição, recentramos a esfera de atuação da Administração Pública na negociação de valores entre os multi-interessados (Osborne & Gaebler, 1992).

Ainda Antunes (2007, p.28) defende que a “gestão, a política e a legalidade” são idiossincrasias da matriz da Administração Pública, desaconselhado opção simplista do mercado e da iniciativa privada.

Assim, na linha de pensamento de diversos autores, Mendes (2015) citando Rocha (2014) que consideram que o privado e o público só são idênticos nos aspetos secundários, “e que as diferenças são mais importantes do que as semelhanças, são acentuadas as diferenças mais significativas entre a gestão pública e a gestão empresarial”, que passamos a enumerar: i. Contradição entre o interesse público e o lucro como objetivos; ii. Restrições legais inerentes à gestão pública; iii. Ambiente político na gestão pública, com processos de eleição; iv. Gestão pública, mais preocupada em cumprir as normas e não cometer erros do que nos resultados; v. Critérios de eficiência postos em causa por razões de oportunidade política; vi. Diferenças inultrapassáveis nas relações de poder; vii. Padrões organizacionais distintos; viii. Origem dos fundos dos impostos e não dos consumidores; ix. Concorrência no setor privado e monopólio, em geral, no público, a não ser com a duplicação de atividades; x. Dificuldade em identificar os custos das atividades e portanto avaliar resultados com base em parâmetros objetivos; xi. “Os novos modelos de gestão não são a solução milagrosa para resolver os problemas da prestação de serviços essenciais”. (Mendes, 2015, p. 5)

Contudo, estas diferenças não podem ser encaradas como obstáculo na adoção de novos modelos organizativos. O modelo burocrático tradicional não corresponde aos anseios da sociedade e abre perspectivas para implementação de novas alternativas, que possam racionalizar custos e melhorar a qualidade dos serviços públicos, no superior interesse dos clientes e expectativas dos contribuintes. É certamente necessário que a Administração Pública tenha uma gestão o mais racional possível, focalizada entre os custos e os benefícios para a sociedade.

O modelo do Estado ocidental, que constitui a base da nossa organização político-administrativa, dela fazendo parte o setor público e o setor público empresarial, enquanto instrumento político-legal do Estado, “funciona segundo lógicas e políticas contraditórias, procurando a cada momento dar resposta à complexidade do desenvolvimento social”. (Antunes, 2007, p. 28).

Assim e segundo o autor, as estruturas da Administração Públicas são confrontadas com a multiplicidade de respostas aos cidadãos no sentido lato e prestação de contas no sentido estrito aos contribuintes, numa lógica de complexidade e racionalidade contraditórias na base na uniformidade, na impessoalidade, na força dos procedimentos e no controlo efetivo dos recursos coletivos.

Eugénio Antunes (2007) advoga que nas organizações empresariais, essa racionalidade encarna a sua própria existência, ou seja, a criação de valor acrescentado para clientes e acionistas, enquanto a Administração Pública norteia-se pelo interesse geral em detrimento do interesse particular e a lógica do mercado.

Em síntese, temos as “instituições públicas como entidades que consagram uma resposta às necessidades coletivas, expressas pelos cidadãos, enquanto detentores de direitos e deveres que caracterizam as sociedades democráticas, ao passo que as instituições privadas regem-se, predominantemente, pela resposta ao benefício e à rentabilidade particular dessa entidade” (Mozzicafreddo & Gomes, 2000 *in* Antunes 2007, p. 28).

Assumindo-se como positivas algumas práticas de gestão no setor público, com o intuito de melhorar a sua *performance* organizacional, traduzem-se na estrutura com o aumento da flexibilidade organizativa (departamentos, coordenação, níveis de controlo e centros de decisão), por via da redefinição de tarefas e no aumento do uso de instrumentos tecnológicos, reengenharia de processos, mudança cultural e redefinição de produtos e

serviços prestados. Contudo, tal prática não deverá ser transferida tal e qual para a organização da Administração Pública, onde encontramos características distintas do setor empresarial: universalidade, igualdade e legalidade, são normas integradoras que consolidam e dão razão existencial a uma Administração Pública.

A substituição do conceito de cidadão pelo de cliente é característica das enormes diferenças entre Estado e mercado. É, então, necessário apelar ao interesse público e ao seu caráter democrático para encontrarmos eco nas palavras contratualização, solidariedade e universalidade em detrimento do conceito de troca comercial.

A Administração Pública, para além de dar corpo à visão, missão e valores, terá que encontrar formas de criar legitimidade democrática que passe por uma alteração do modo de encarar o ato de administrar, de gerir a coisa pública, de prestar serviços, incentivando a participação de todos os *Stakeholders*.

Assim sendo, a democracia assenta no exercício do poder soberano pelo povo, legitimado através do voto, e na extensão dos direitos legais e de deveres civis, políticos e sociais a todos os indivíduos.

Em Democracia, a eleição de um governo, em nome do povo, não lhe concede poder soberano, mas simplesmente o exercício da governação em nome e em benefício do povo. Essa evolução, no entanto, trouxe consigo novas responsabilidades para a sociedade, que se viu investida numa dupla condição: dos cidadãos, de manter uma estreita vigilância sobre o uso do poder concedido aos eleitos e estes na condição de prestar contas das suas ações aos cidadãos que os elegeram.

Desta dicotomia e num Estado democrático, resulta a necessidade dos agentes políticos ou gestores da Administração Pública devolverem à sociedade civil formas e instrumentos de *accountability*, isto é, “processos de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos que permitam ao cidadão controlar o exercício do poder concedido aos seus representantes” (Rocha, 2011, p. 84).

Nas sociedades democráticas aceita-se como natural, e espera-se dos governantes e do serviço público, que sejam responsáveis perante os cidadãos, acreditando-se que o fortalecimento da *accountability* e o aperfeiçoamento das práticas administrativas caminham lado a lado.

Reportando-nos às principais transformações ocorridas durante o século XX, período em que assistimos à implementação de um modelo de Estado de cariz intervencionista, com consequências na alteração da morfologia dos sistemas administrativos do Estado, é comumente aceite que é necessário proceder à modernização dos serviços públicos criando um amplo programa consensual da reforma do Estado, no sentido de mudar a sua relação com o cidadão (Pitschas, 2001), com o enfoque no cliente em detrimento do *status quo*.

A Nova Gestão Pública, “na tentativa de superar a rigidez e a paralisia do modelo burocrático acabou por transformar a administração pública numa soma de partes independentes (...) em vez de um todo coerente, integrado e perceptível por parte do cidadão e dos agentes económicos” (Vidigal, 2013, p. 1). Assim a NGP ao querer combater as idiosincrasias do modelo burocrático, acabou por transformar a Administração Pública num sistema holístico complexo de serviços, interligados por uma teia de normativos em que a soma das partes é maior que o todo, sem repercussão positiva para a sociedade.

No intuito de ultrapassar obstáculos criados pela ineficiência da Administração Pública, Ferreira (2013) afirma que “muitas das reformas de modernização da Administração Pública pretendem essencialmente tornar a gestão da Administração voltada para o exterior, enquadrando-a na procura da eficiência e eficácia” (Bilhim, 1998 *in* Ferreira 2013, p.9). Isto é, a reforma tem como principal objetivo que a administração comungue dos mecanismos do mercado e interiorize uma cultura empresarial.

Assim, o mundo continua a impulsionar o desenvolvimento, e as estruturas da Administração Pública, terão forçosamente que se adaptar. Para tal, os cidadãos exigem que se operem mudanças significativas, com o enfoque: i. Mudança centrada na estrutura – que visa essencialmente revolucionar os métodos de trabalho e o relacionamento entre chefias e subordinados, num espírito de cooperação em detrimento de comando e controlo. ii. Mudança centrada na estrutura tecnológica – corresponde sobretudo a um novo saber fazer e a um saber ser que encarne a utilização de novos instrumentos, operarem em sistemas de gestão de conhecimento. iii. Mudança centrada nas pessoas – corresponderá à mudança de atitudes e comportamentos por parte dos funcionários com a investida de novo papel (direitos e deveres) para com as partes interessadas, na presunção de criar relações duradouras e valor acrescentado.

Por sua vez, é espectável para Mozzicafreddo (2002) citando Luhmann (1985) que a mudança de paradigmas Administração Pública (modernização e relação com o cidadão) que a responsabilidade seja um instrumento que consolide estas duas dimensões. Atendendo à complexidade dos sistemas sociais por via das múltiplas respostas exigidas por parte dos cidadãos, conferindo uma certa complexidade à atividade do funcionário público é necessário criar uma simbologia capaz de conferir unidade e coesão aos sistemas, próprios dos sistemas políticos democráticos: “a responsabilidade política e ética é um deles” (Mozzicafreddo, 2002, p. 9).

Do ponto de vista da gestão pública, a responsabilidade pode ser traduzida na capacidade do funcionário público se sentir comprometido a responder ou a executar a tarefa.

Sob o ponto de vista político, traduz-se num compromisso com as gerações atuais e a transmissão de um legado para as gerações vindouras (Souza & Oliveira, 2008).

Para Mozzicafreddo (2002, p. 10) a responsabilidade enquanto conceito abrange o dever moral e a capacidade de prestação de contas por atos, decisões e omissões, cumprimento de prazos, salvaguarda do interesse público, desempenho profissional de excelência, pressupondo um comportamento neutral e impessoal, etc. poderão colocar em causa a relação prestador e cliente, fazendo repercutir a qualidade desses atos na realização eficaz das políticas públicas, como “valor de legitimação do funcionamento da administração”. A responsabilidade exige consciência dos atos praticados, capacidade de entendimento adequado aos princípios éticos.

A adesão dos indivíduos ao processo de modernização e de racionalização da Administração Pública, para além da bondade do sistema, é um imperativo ético e moral do indivíduo, um ato de confiança na forma como a ética profissional é respeitada pela autoridade (Mozzicafreddo, 2002).

No quadro da responsabilidade, assume grande relevância a prestação de contas (*accountability, imputabilité*). A questão da *accountability* para além de nos remeter para a responsabilização de atos ligados à governança, remete-nos segundo Antunes (2007, p. 9) para a “teoria democrática e aos valores que guiam um governo democrático, transformando a *accountability* numa questão da democracia” e de responsabilidade social.

A convivência num Estado democrático pressupõe consciencialização e participação da sociedade civil na esfera pública, fiscalizando e avaliando atos públicos, enquanto

“prerrogativa essencial dos cidadãos organizados”, na partilha de poderes, num quadro de legalidade e transparência no exercício do poder democrático.

Falamos de cidadania, falamos de princípios basilares de direitos mas também de deveres dos cidadãos. Conhecendo os seus direitos e deveres, o cidadão aumenta a sua capacidade de atuação na melhoria dos cuidados e serviços de Saúde<sup>4</sup>.

Num quadro de atribuições e responsabilidades, baseado numa perspectiva de prestação de contas o ciclo encerra-se com a avaliação dos resultados no intuito de melhorar a qualidade da prestação do serviço público, criando uma dinâmica de participação cívica, proatividade por parte dos gestores públicos e de parceria com a sociedade civil, ou seja, prestar contas vai para além de "dar contas"; assenta no "dar-se conta", “ali onde a gestão pública e a opinião pública se encontram”. Contudo, apesar dos progressos manifestados por alguns Serviços do Estado na inclusão da sociedade civil em órgãos de planeamento gestão e atendendo à produção de informação de carácter técnico pouco inteligível perante uma sociedade pouco esclarecida, inviabilizando o "dar-se conta", quebrando-se o elo de ligação consubstanciado na confiança, repercutindo-se na ineficácia do instrumento e consequentemente perda de identidade e de pertença e afastamento da sociedade civil dos atos de governação (Antunes, 2007, p.10).

O conceito de *accountability* tem tradução implícita na responsabilização pessoal pelos atos praticados, exigindo por parte da Administração Pública celeridade na apresentação das mesmas de forma transparente e inequívoca (Pinho & Sacramento, 2009).

Ao observar as alterações políticas, sociais e institucionais que decorrem em Portugal constata-se que foram dados passos importantes em direção à *accountability*, por via da criação de novas instituições, a exemplo da Entidade Reguladora da Saúde e do fortalecimento institucional com a criação do Tribunal de Contas.

Em síntese, o caminho faz-se caminhando, principalmente porque a sociedade presentemente é composta por cidadãos livres e mais esclarecidos implicando a mudança de paradigma.

---

<sup>4</sup> <https://servicos.min-saude.pt/utente/Info/SNS/RightsAndDuties>

Vários autores argumentam que a reforma da administrativa passa por reconhecer que o modelo administrativo está esgotado e por conseguinte deve ser substituído pelo modelo de gestão pública, numa lógica de abandono do paradigma burocrático e adoção do paradigma de mercado, num alinhamento com a iniciativa privada.

Contudo, Rocha (2014, p. 186) citando Kikert (1999) refere que a gestão pública não pode usar um discurso redutor ao ponto de se focar numa questão de “eficiência e eficácia”, porque encarna conceitos de “legalidade e legitimidade e de mais valores” que transcende os conceitos redutores da lógica empresarial e dos mercados.

#### **2.4. Gestão da Mudança Organizacional**

É comumente aceite por parte da sociedade a necessidade de se proceder à reforma do Estado-Providência, associado aos problemas da sua complexidade e sustentabilidade, assente no princípio de repartição, com o propósito do preservar, tendo em conta o seu valor inestimável, pacto social intergeracional e avanço civilizacional.

Assim, o modelo de solidariedade só será sustentável caso as “três dimensões de cidadania: política, civil e social, caminhem lado a lado. Uma retração dos direitos sociais coloca seriamente em causa o próprio modelo político democrático.” (Antunes, 2007, p. 20) Assim sendo, quando consideramos reformar o Estado-Providência, no sentido de abolir direitos sociais e económicos consagrados, abdicamos de direitos cívicos e políticos, da solidariedade social em detrimento da entreatajuda ou generosidade social (Santos & Ferreira, 2003).

Abdicar dessa lógica é regredir civilizacionalmente, sendo que o desafio passa por encetar novas estratégias no sentido de ultrapassar «imparidades» associadas ao modelo, preconizando medidas de ajustamento com pragmatismo, na promoção de estratégias de negociação e de concertação entre os vários atores sociais. Na análise do Estado-Providência português, caracteriza-se por nunca ter sido plenamente implementado, decorrendo no passado por uma “regulação estatal típica de um regime autoritário que pretendia tutelar todas as outras formas de regulação social”, de uma democracia jovem e de uma economia débil. Contudo, à medida que o Estado vai agregando funções (cívicas, políticas, sociais e culturais), garante não só direitos civis e políticos mas, também, sociais, numa lógica integradora dos direitos de cidadania (Santos & Ferreira, 2003, p. 9).

Assim, acaba por alterar o próprio conteúdo do Estado, levando a que o poder central abdique de algum poder em detrimento do poder local. Tal ocorrência deve ser encarada com legitimidade e maturidade de um estado democrático. Nos últimos anos, um conjunto de leis e políticas foram criadas como resposta a essa reforma, transferindo uma grande parte das responsabilidades e competências do poder central para o poder local. É imperativo, desde então, que cada vez mais o poder local assuma uma maior autonomia e responsabilidade na gestão e execução das políticas públicas. Como referem José Pinho e Ana Sacramento (2009), os cidadãos esperam que este movimento reforce os laços de cidadania com a Administração Pública, conduzindo a que as tomadas de decisão sejam mais céleres e as políticas públicas sejam mais eficientes, encurtando o distanciamento entre eleitores e eleitos, dando uma nova dimensão às municipalidades, viabilizando a transparência do governo central.

Era espectável face à apresentação do Documento Verde da Reforma da Administração Local em setembro de 2011, assumida como uma prioridade do Executivo, baseada na proximidade com os cidadãos, fomentando a descentralização administrativa, valorizando a eficiência na gestão e na afetação de recursos públicos destinados ao desenvolvimento social, económico, cultural e ambiental das várias regiões do país e potenciando novas economias de escala.

A Reforma da Administração Local veria assim reforçada a sua dimensão política por força do Memorando de Entendimento estabelecido entre o Governo Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, no âmbito do qual foi assumido o compromisso político da reorganização da Administração Local até junho de 2012.

Na visão de Neuhauser & Kovner (1978) as organizações de serviços de Saúde desenvolvem a sua atividade num meio complexo, pelo que a ausência de resposta a quatro condicionalismos fundamentais poderá ameaçar a viabilidade destas organizações. Os condicionalismos prendem-se com os avanços tecnológicos, as características da população ou comunidade beneficiária, o enquadramento governamental e os interesses corporativos dos profissionais de Saúde.

O verdadeiro desafio que presentemente se impõe às organizações, é de serem capazes de prestar um serviço de excelência aos clientes através da melhoria contínua dos processos,

verificando-se uma importância crescente na implementação de modelos de Gestão pela Qualidade Total.

É necessário reafirmar a ideia de que a criação duma cultura de Qualidade numa organização é cada vez mais reconhecida como uma das condições básicas para implementação de um programa de melhoria contínua da Qualidade.

É cada vez mais evidente que os serviços de saúde estão “abertos” ao exterior, sendo posta em causa o modelo de organização tradicional e a qualidade dos serviços prestados. Destaca-se, assim, a alteração do arquétipo dominante dos utilizadores dos serviços. De alguém privado de autonomia que recorre aos serviços, passa-se à noção de utente, como alguém credor de direitos e, desta, à de cliente como alguém que assume uma postura ativa e faz opções. De referir que o cidadão é o princípio e o fim de toda e qualquer atividade da Administração Pública.

A utilização desta terminologia na Administração Pública requer que os serviços públicos o tratem como tal, dada a sua dupla condição, a de ser contribuinte e destinatário desses mesmos serviços e, nessa senda, passa-se para o conceito de cidadão-cliente (sujeito que recebe produtos ou serviços de uma organização) que se envolve ativamente na conceção e melhoria dos serviços da organização.

Segundo António Monteiro (2000) esta postura implica considerar o doente um verdadeiro consumidor, assim é necessário antecipar as suas expectativas, através do estabelecimento de mecanismos de troca de informação, para promover melhores níveis de saúde à população e assegurar a satisfação dos cidadãos com os cuidados recebidos. “Seja qual for o vocábulo utilizado neste Relatório de Atividade Profissional, doente, utente, cliente ou consumidor, referir-se-á sempre ao cidadão consumidor de cuidados de saúde, na plenitude do gozo dos seus direitos de cidadania” (Monteiro, 2000, p. 15).

Melhorar o Sistema de Saúde tendo em vista a centralidade dos serviços no cidadão é hoje claramente assumido nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

## **2.5. Gestão da Inovação**

Segundo O’Neill (2008) o desenvolvimento da Sociedade de Informação e do Conhecimento, opera impactos significativos numa organização, alicerçada em processos

manuais, obrigando a uma reorganização da estrutura organizativa obrigando a uma adequação de recursos humanos (novos saberes e novos comportamentos) e materiais com o intuito de melhorar a produtividade e a qualidade das atividades desempenhadas, agregando valor acrescentado a produtos e serviços transacionados, tornando o conhecimento num ativo tangível.

Por conseguinte, as Tecnologias de Informação abrem um caminho de oportunidades para a reforma da Administração Pública, com implicações diretas na vida dos cidadãos (aumento da confiança e transparência) e de uma forma geral nos mais diversos setores da Administração Pública, por via dos vasos comunicantes.

A implementação de Sistemas Informação e da Comunicação (TIC) na Administração Pública permite alterar a base da competitividade estratégica e operacional das organizações, assente em processos inovadores, proporcionando produtos e serviços de elevada qualidade, a preços competitivos, adaptados às necessidades específicas de clientes, por via da análise sistemática das suas necessidades (O'Neill, 2008).

Num mundo cada vez mais globalizado, onde organizações operam em mercados cada vez mais exigentes com permanentes desafios em termos de resposta e grau de inovação, as TIC a par da profissionalização dos recursos humanos, são altamente diferenciadores e determinantes para o sucesso de qualquer organização.

As TIC constituem um fator chave na competitividade das organizações públicas e das empresas, potenciando a informação como matéria-prima fundamental, com impacto importante nas decisões que os dirigentes e gestores atualmente tomam, não só pelo seu potencial (qualidade de informação e oportunidade), mas também pela tradução de fomento ao desenvolvimento organizacional.

As TIC, porque constituem uma parcela significativa do investimento financeiro direto, são cada vez mais um poderoso auxiliar para o processo decisório e um acelerador na minimização de consumos de recursos. Reconhecida tal importância, importa que a formulação das estratégias tecnológicas compreenda e minimize os riscos e potenciação de lógicas integradoras, alicerçadas num processo decisório que assegurem uma tomada de ação efetiva e esclarecedora, “rigorosa e ajustada aos objetivos da organização, de forma a assegurar a rentabilidade dos significativos investimentos que são realizados.” (O'Neill, 2008, p. 5).

Num mundo distante da sociedade industrial tradicional, as TIC são os instrumentos que nos permitem ultrapassar os vestígios do modelo Weberiano com adoção de novos modelos organizacionais do trabalho, conforme se pretende ilustrar na figura seguinte.

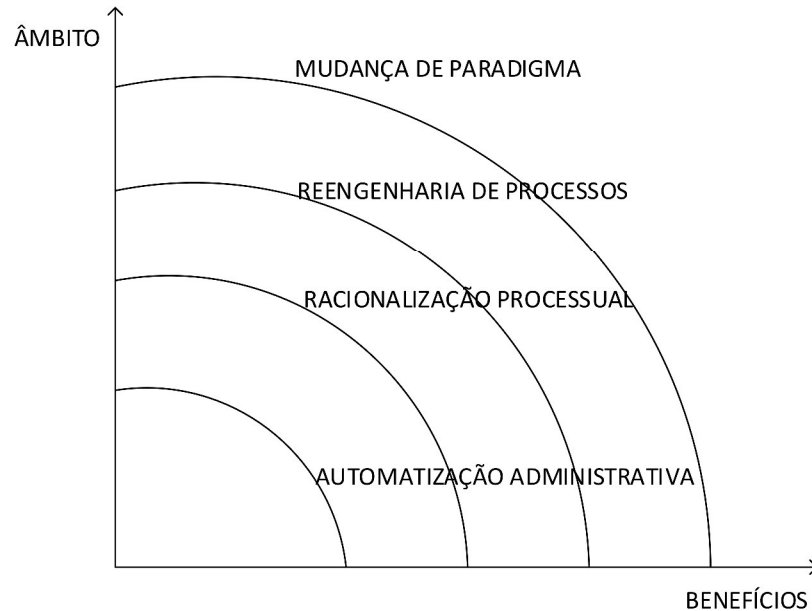


Figura 2- Etapas na evolução dos sistemas de informação organizacional (Fonte: O'Neill, 2008:6)

Contrariamente a este modelo organizativo, surge um novo modelo envolvendo uma reformulação do pensamento sobre o desenho da matriz organizacional da Administração Pública, identificando-se na oferta de produtos e serviços diferenciados, respondendo a estímulos do mercado e utilizando funcionários qualificados e polyvalentes. A multiplicidade de solicitações feitas à Administração Pública e em particular no âmbito da Saúde, aconselha que se considerem novos modelos de organização de trabalho, baseados numa autonomia, num conceito remuneratório flexível e na responsabilização. Com o objetivo de combater a ineficácia e desperdício e mais orientados para o cidadão/cliente, e mais adequados à prestação de serviços de qualidade (Antunes M. , 2001).

A Inovação é mais do que ter boas ideias, é antes o processo de amadurecimento que conduz à sua utilização prática. As definições de inovação podem variar na sua expressão, mas têm em comum a necessidade de completar as vertentes do desenvolvimento e exploração de um conhecimento novo e não apenas a sua invenção.

Palombo (2006, p. 90) refere-se à Inovação como um “processo-chave associado à renovação dentro da organização: ao reanimar o que ela oferece e como cria e distribui essa oferta”.

Deste modo e segunda a autora, entende-se por inovação como sendo uma atividade endógena associada à própria natureza das organizações que lutam por um espaço num mercado cada vez mais competitivo e mais global. Segundo a autora com este nível de abstração podemos considerar que o processo-base é comum a todas as organizações, envolvendo essencialmente: i. “Monitorização” da envolvente (transacional e de contextual) a sobrevivência das organizações depende da sua capacidade de interação e perceção do meio onde atua; ii. “Decisão” sobre manifestações de sinais identificados com impacto esperado no desempenho da organização, selecionado manobras táticas e/ou redefinindo opções estratégicas iii. “Provisão” de recursos que viabilizem a opção estratégica, criando valor acrescentado, por via da incorporação desse mesmo valor ao produto ou serviço; iv. “Implementação” do projeto, gerando benefícios percebidos pelo mercado e/ou redução de custos dos produtos ou serviços prestados (Palombo, 2006, p. 101).

Deste modo, as organizações têm a possibilidade de através do aprofundamento deste ciclo, aprender a construir a sua base de conhecimento, e desta forma proceder à melhoria contínua da gestão deste processo. A inovação não deve no entanto ser entendida como fortuita ou ocasional. É necessário criar mecanismos de gestão da tecnologia e da inovação que envolvam o processo de desenvolvimento tecnológico, a aplicação da tecnologia em produtos ou processos e a adoção e difusão tecnológica na empresa.

A gestão da tecnologia e da inovação é ciência que combina conceitos de engenharia industrial com técnicas de gestão, na produção de informação e conhecimento para que as organizações possam maximizar os benefícios no uso da tecnologia, na tradução de capacitação de satisfazer necessidades e expectativas dos clientes ou cidadãos.

A gestão de tecnologia e inovação engloba duas vertentes: i. Gestão estratégica; – gestão da investigação e desenvolvimento, incluindo determinação da viabilidade económica de projetos de I&D; – gestão do processo de desenvolvimento de novos produtos ou serviços; – gestão dos fatores que influenciam o sucesso da introdução de inovações tecnológicas no mercado ou na empresa; ii. Gestão da transferência de tecnologia entre a empresa e

entidades externas; – gestão de aprovisionamentos tecnológicos; – gestão de *design* para engenharia; – gestão da qualidade nos produtos e nos processos; – gestão de recursos humanos (ANI - Agência Nacional de Inovação, 2015).

Tendo em conta os investimentos em massa por parte da Administração Pública nas TIC, constata-se que os mesmos não se têm traduzido num aumento generalizado de eficiência, existindo apenas alguns casos pontuais de sucesso, que evidenciam alterações significativas na relação do estado com o cidadão, sendo a Loja do Cidadão e a Administração Fiscal e Tributária os casos mais marcantes.

Segundo Rodrigues (1999), a Administração Pública portuguesa funciona numa lógica normativa e estrutura hierarquizada, assente numa racionalidade burocrática, diferente daquela que é preconizada nos dias de hoje, repercutindo-se os efeitos desta em todos os domínios da organização e atividades administrativas.

Ainda segundo Rodrigues (1999, p. 5) a adoção de conceitos de gestão de tipo empresarial por parte da Administração Pública, induz uma lógica que, por natureza, não é compatível com os modelos weberianos que caracterizam em parte a nossa Administração, dando origem desta forma, “não a um novo modelo, mas a um *mix* de gestão pouco dinâmico e muito contraditório”.

Assim, na linha da tradição da Administração Pública portuguesa as reformas têm consistido quase simplesmente na elaboração de nova legislação e na esperança de que a realidade se adeque de forma automática.

Ora, sabemos que a “mudança não se faz apenas por decreto” e, tal como refere Rodrigues (1999, p.5) citando Pfeffer (1992), o grande desafio que assiste presentemente à Administração Pública é passar do ato de decisão para a sua implementação, ou seja, dar corpo à missão da instituição, no superior interesse dos cidadãos, tornando a decisão oportuna e eficaz.

Assim, na Administração Pública e dentro dos limites da lei, há múltiplas formas de a cumprir (missão), com maior ou menor eficácia, com maior ou menor produtividade, com maior ou menor capacidade de difusão social.

A evolução tecnológica é cada vez mais rápida e a sua aplicação no domínio da saúde cada vez mais extensa. Deste modo, as organizações de Saúde veem os seus objetivos, valores e

sobretudo a sua estrutura ser condicionados pela natureza tecnológica. Por outro lado, a existência de tecnologia sofisticada contribui para aumentar as expectativas dos utentes em termos da qualidade do serviço prestado e dos resultados obtidos. Normalmente as organizações de Saúde dirigem-se a uma comunidade diferenciada que apresenta carências específicas no domínio da saúde, sendo o seu serviço de acesso universal e de valor social único. A relação atual dos indivíduos isolados e da comunidade com os serviços de Saúde exige a prática de uma medicina de qualidade superior, por conseguinte, a gestão deverá ser profundamente conhecedora dessas necessidades, estabelecer os objetivos apropriados e desenvolver uma atividade que seja uma resposta cabal a essas necessidades (Mendes, 2012).

Segundo o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (Serrão, 2012), esta postura será o melhor antídoto à pressão dos vários profissionais pelos recursos tecnologicamente mais avançados, que em muitas situações originam a inversão das prioridades da gestão.

Seguidamente, apresenta-se de uma forma sucinta programas e medidas assentes em plataformas tecnológicas, contribuindo cada vez mais para a existência de uma Administração Pública mais moderna, mais eficiente e mais próxima dos cidadãos.

### **2.5.1. Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável (ENDS)**

A Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (Agência Portuguesa da Ambiente, 2015) e o respetivo Plano de Implementação (PIENDS) foram aprovados pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 109/2007, de 20 de agosto. Elaborada de forma compatível com os princípios da Estratégia Europeia de Desenvolvimento Sustentável (EEDS), tem em vista um Estado que promova a adoção de novos modelos organizacionais, com base na reengenharia de processos, através de um uso mais intensivo e adequado das tecnologias de informação e comunicação, orientadas para a responsabilização, desburocratização e simplificação dos procedimentos administrativos e integração de boas práticas, de forma a implementar a Qualidade de governança local, regional e nacional no horizonte de 2015 (Agência Portuguesa do Ambiente, 2015).

Assim a ENDS visa contribuir para o desenvolvimento holístico do território nacional, congregando num só documento diversos instrumentos, até então dispersos e sem coerência por diversos Ministérios, numa perspetiva de aproveitamento máximo dos

fundos comunitários no período de programação até 2013, criando uma base que permita a Portugal prosseguir um crescimento sustentado, num quadro de desenvolvimento económico, social e ambiental e de responsabilidade social.

A aposta na qualificação dos portugueses, aproveitamento do potencial científico e tecnológico, disponibilização de recursos às empresas para se afirmarem num mercado global, reforço dos mecanismos de sustentabilidade dos sistemas de proteção social e capacitação dos serviços públicos para a prestação de serviços de qualidade superior, são alguns dos vetores preconizados neste documento que poderão contribuir para a modernização do tecido empresarial e fortalecimento das estruturas da Administração Pública (Agência Portuguesa do Ambiente, 2015).

### **2.5.2. Governo Eletrónico**

A Comissão da Comunidade Europeia constituiu como objetivo central a promoção de uma governação participativa, aberta e transparente, tendo definido a sua implementação generalizada até 2015: “acelerar a Administração em linha na Europa para benefício de todos”, refletido no plano de ação “Administração em linha i2010<sup>5</sup>” da Agência para a Sociedade do Conhecimento (UMIC), no âmbito das linhas de orientação preconizadas no programa E-Governo, assente em serviços de administração pública em linha, centrados no utilizador, personalizados e multiplataformas (Comunidade Europeia, 2015).

A Comissão apresenta o seu Plano de ação “Administração em linha”, integrado na sua iniciativa i2010 para o emprego e o crescimento na sociedade da informação, como contributo importante para a Agenda de Lisboa e outras políticas da Comunidade Europeia.

Pretende-se desta forma uma Administração Pública cada vez mais merecedora da confiança do público, através de uma utilização massiva das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), que aposta em metodologias de qualidade e em programas de desburocratização e simplificação.

---

<sup>5</sup> <http://eur-lex.europa.eu>

## **2.6. Conclusão**

Numa União Europeia confrontada com uma enorme mutação resultante da globalização, e dos desafios de uma nova economia baseada no conhecimento, requer-se uma sociedade mais dinâmica, a par de uma Administração Pública mais eficiente, que corresponda aos anseios da sociedade civil.

Atendendo ao ritmo cada vez mais rápido destas mudanças, é urgente que cada Estado promova com afincos reformas estruturantes, sem quebrar laços entre gerações, por forma a criar uma Administração Pública mais ágil e inovadora que preste serviços de Qualidade aos cidadãos, segundo novos paradigmas de organização.

Daí a necessidade do poder político definir um objetivo estratégico claro e aprovar um programa estimulante para criar infraestruturas de conhecimento, fomentar a inovação e a reforma económica e modernizar o setor da Administração Pública.

Em síntese, afigura-se fulcral o investimento nas pessoas e o desenvolvimento de um Estado-Providência ativo e dinâmico, a par da reforma do setor estatal, modernizando a Administração Pública, que se quer mais eficiente e eficaz à luz das necessidades do país, e que garanta respostas adequadas a um mundo em mudança, com o esforço financeiro compatível com a capacidade financeira do País.

## **CAPÍTULO 3 - A Qualidade Organizacional e sua Avaliação**

### **3.1. Introdução**

A aplicação de instrumentos de gestão na Administração Pública, experimentados e adotados na iniciativa privada, marca profundamente uma nova era na gestão pública atenta à qualidade, à autoavaliação e por conseguinte à promoção da mudança nos serviços.

Neste âmbito, Louro (2009) defende que a Administração Pública pode recorrer à aplicação dos modelos: Balanced Scorecard (BSC), Modelo de Excelência da EFQM e da Common Assesment Framework (CAF), de uma forma coordenada na persecução da melhoria contínua, pois “permite fomentar a criatividade e a gestão dos recursos de que as organizações dispõem, de modo a melhorar o seu desempenho organizacional” (Louro, 2009, p. 1).

Por conseguinte, é objetivo deste capítulo dar a conhecer as estratégias adotadas pelas instituições públicas para corresponder às necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente, ferramentas e modelos mais utilizados para alcançar níveis de excelência.

Face ao exposto, é fundamental ter a perceção da importância e do papel da Administração Pública no contexto da economia nacional e perceber os desafios que se lhe deparam, bem como, as sucessivas metamorfoses porque tem passado. Aborda-se o conceito geral da Qualidade e Sistemas de Gestão da Qualidade e sua importância no contexto organizacional (Secção 3.2.). De seguida, apresenta-se a metodologia do Balanced Scorecard e sua importância na criação de valor sustentado para as organizações (Secção 3.2.1.). Na secção seguinte, introduz-se a temática da CAF, enquanto ferramenta de autoavaliação e modelo simplificado do modelo de excelência da EFQM (Secção 3.2.2.), seguida pela apresentação do modelo da EFQM enquanto metodologia de autoavaliação e sua importância no contexto nacional e europeu (Secção 3.2.3.), reservando-se as conclusões para a Secção 3.3.

### **3.2. Gestão da Qualidade nos Serviços Públicos**

A Administração Pública desempenha um papel importante na competitividade do nosso país, não só porque os serviços prestados devem assegurar níveis de qualidade cada vez mais aceitáveis, por forma a corresponder às necessidades dos agentes económicos e sociais, mas também porque têm de estar em correlação com o desenvolvimento da sociedade e as expectativas dos cidadãos. Face aos desafios que o país atravessa, importa refletir e encontrar os caminhos que levem ao aumento das probabilidades de êxito na gestão ou no desempenho organizacional.

Um novo modo de pensamento organizacional requer ruturas com o passado, novas atitudes, bem como, espírito criativo e condutor da mudança para patamares mais elevados de desempenho.

Uma cultura de permanente procura de melhores resultados, alicerçada em métodos de trabalho e em colaboradores devidamente motivados e qualificados, permite a cada momento motorização e avaliação da organização, permitindo aos gestores, refletirem sobre qual a melhor decisão a tomar, tendo em conta os objetivos e metas traçadas, e qual o momento adequado para o desenvolvimento de ações/intervenções, e deste modo determinar, por comparação, a criação de valor acrescentado para o clientes e restantes partes interessadas.

As abordagens tradicionais de funcionamento hierarquizado possuem cada vez menos enquadramento nas organizações atuais, sejam elas públicas ou privadas. As manifestações do presente são o eco das soluções tomadas no passado, nomeadamente, as resultantes dos modelos mecanicistas e burocráticos vigentes no século passado.

A gestão da Qualidade tem sido implementada num grande número de organizações, independentemente da sua dimensão e setor de atividade. Embora seja mais usual na atividade industrial, as instituições públicas da área da Saúde, num mundo cada vez mais globalizado, também se deparam com a necessidade de dar resposta aos desafios da gestão. Apesar destas instituições serem instituições sem fins lucrativos, continua a ser importante a prestação de serviços de qualidade. Implementar a Qualidade no setor terciário é fundamental para o desenvolvimento e legitimação social, contribuindo para a racionalidade e sustentabilidade da Administração Pública. O que também se aplica às instituições públicas de Saúde (Melão & Guia, 2012).

Por conseguinte, é necessário definir o conceito de Qualidade, o qual, segundo a Organização Internacional de Normalização (ISO), é o conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades (requisitos) explícitas ou implícitas do cliente.

Por sua vez a “Qualidade constitui a alavanca para alicerçar o sucesso de qualquer organização e seu reconhecimento, traduzindo-se na distinção e escolha de produtos e/ou serviços.” (Pinto & Soares, 2009, p. 15). A aplicação da Qualidade numa organização deve incorporar a melhoria contínua, a qual é entendida como um processo dinâmico de avaliação periódica que melhoram a *performance* da organização e lhe agregam valor.

Consequentemente, o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é um conjunto de objetos (leis, regulamentos, funções, processos, etc.) alicerçadas numa filosofia de Gestão, com o intuito de gerir e garantir a Qualidade, os recursos necessários, os procedimentos operacionais e as responsabilidades estabelecidas.

Segundo a própria definição da ISO, o SGQ corresponde a um Sistema para estabelecer a Política da Qualidade e os Objetivos da Qualidade. Por outras palavras, é um conjunto de compromissos, metodologias e regras que aplicados à organização e ao seu funcionamento lhe garantem a conformidade com os requisitos da Norma de Gestão da Qualidade.

A implementação de um SGQ é a forma que o mercado adotou para confiar a uma determinada organização que investe na análise e melhoria das suas atividades, controlando os seus processos de forma sistemática.

Segundo Costa (2013), e como se pode observar pela figura 3. o SGQ é um sistema dinâmico que através do controlo de gestão permite planear, implementar, verificar e atuar, consubstanciando o ciclo da melhoria contínua da qualidade.

Contudo, a melhoria contínua é um elemento estruturante na realização da missão das organizações, assente na qualidade técnica, humana e científica com vista ao alcance dos objetivos institucionais.

Os cidadãos têm a legitimidade de exigirem à Administração Pública que a provisão de produtos e serviços se faça na base do cumprimento de requisitos normativos de gestão da qualidade, com intuito de aferirem a racionalidade dos recursos, se são usados adequadamente e em benefício do desenvolvimento coletivo, dando corpo ao conceito de

cidadania. Essa demonstração é, em última análise, parte integrante da missão da Administração Pública. Na Figura 3. Ilustramos o Sistema de Gestão da Qualidade, enquanto filosofia e prática de gestão, traduzindo o envolvimento das partes interessadas.

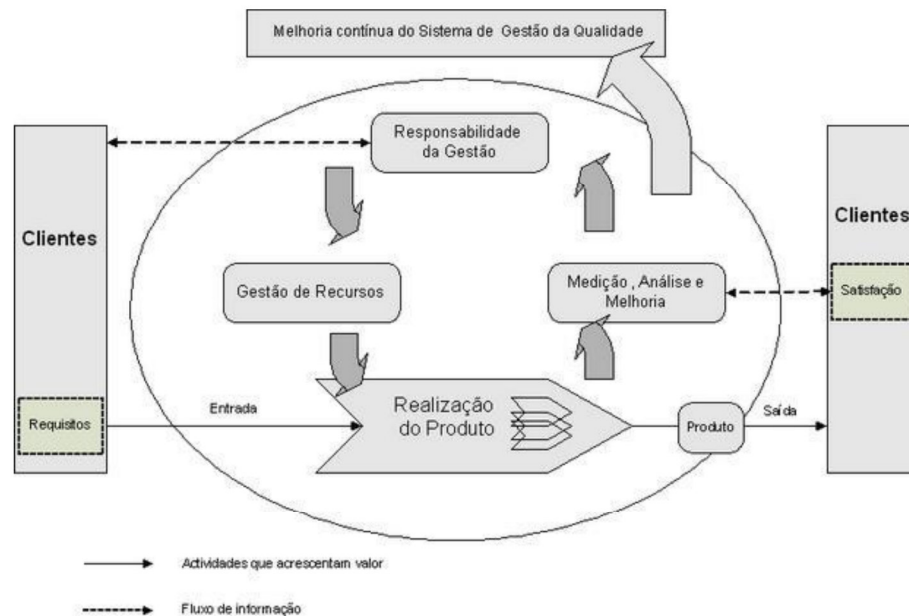


Figura 3- Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade Baseado em Processos (Fonte: Costa, 2013:26)

A implementação de um Sistema de Gestão é uma garantia de que a qualidade dos produtos, serviços e processos de uma organização se encontram de acordo com todas as orientações hierárquicas da organização.

Em síntese, a gestão da qualidade é uma filosofia e prática de gestão que conduz ao envolvimento de dirigentes e colaboradores num processo colaborativo, no fornecimento de produtos e de serviços que satisfaçam as expectativas das partes interessadas. A gestão da qualidade não é um subsistema de gestão, mas sim uma ferramenta que tem que estar presente em todos os subsistemas da organização, possibilitando a melhoria contínua, não só de produtos e serviços, mas também dos processos e consequentemente da organização (Soares, 2009).

Qualidade é cada vez mais uma exigência da sociedade e motor de sucesso de qualquer organização. Desta forma, é importante para todas as organizações apostarem na mesma, fornecendo assim produtos e serviços que vão ao encontro das reais necessidades dos consumidores. O setor público tem pretendido acompanhar esta tendência, existindo

diversos casos de sucesso a que a literatura faz referência, como por exemplo as Lojas do Cidadão.

### **3.2.1 O Balanced Scorecard**

O BSC foi proposto numa primeira versão como um sistema que equilibra indicadores de performance financeira com indicadores de *performance* não financeira, em rutura com o passado, em que a análise socorria-se fundamentalmente de indicadores financeiros numa perspetiva de controlo de gestão.

No intuito de avaliar o desempenho e da necessidade de quantificar um conjunto de valores intangíveis, o modelo agregou três novas perspetivas (Clientes, Processos e Aprendizagem) a somar à já existente perspetiva Financeira, numa relação causa-efeito entre objetivos de curto e longo prazo (Pinto F. , 2007) .

Segundo Caldeira (2007, p. 2) o BSC procura também avaliar o desempenho nas perspetivas externas (Financeira e Clientes) com as perspetivas internas (Processo e Aprendizagem), “incorporando indicadores de médio-longo prazo com os indicadores de curto prazo e os indicadores de resultado com os indicadores de ação”. Destes esforços advém a origem do nome "*Balanced*" (equilibrado) (Norton & Kaplan, 2009).

Entretanto, constatou-se que as organizações adotantes do BSC usavam esta metodologia não só para medir o desempenho de uma forma equilibrada, mas principalmente, para implementar com sucesso novas estratégias. O BSC evoluiu, para se transformar num sistema de gestão estratégica, por incorporação e integração de novas ferramentas passando do conceito de medição de desempenho para o conceito de gestão estratégica (Pinto F. , 2007).

Para assegurar o sucesso do modelo enquanto sistema de avaliação de desempenho, importa ter presente a necessidade de dar passos assertivos ao nível da formulação e da execução. Estes dois objetivos serão atingidos se os colaboradores estiverem comprometidos com a visão da organização, surgindo o conceito "organização orientada para a estratégia" (Caldeira, 2007, p. 2).

O modelo BSC que desde a sua criação (1992) foi suportado na experiência das organizações que têm utilizado esta metodologia evoluiu do conceito de ferramenta de

medição de desempenho para o conceito atual de metodologia de apoio à gestão da mudança. Contudo a relação entre ativos tangíveis e intangíveis foi-se acentuando nas últimas décadas como fator diferenciador na criação de valor numa relação numérica de superioridade comparada com o esforço financeiro realizado (Pinto F. , 2007) .

Em suma, a Figura 4 apresenta-nos o BSC como sistema de avaliação de desempenho organizacional, alicerçado em processos, metodologias e soluções, cujo principal objetivo é proporcionar aos gestores uma visão global e integrada, através de indicadores do desempenho consubstanciados num conjunto de perspetivas, que auxilie essa mesma gestão a alcançar os objetivos preconizados (Louro, 2009).

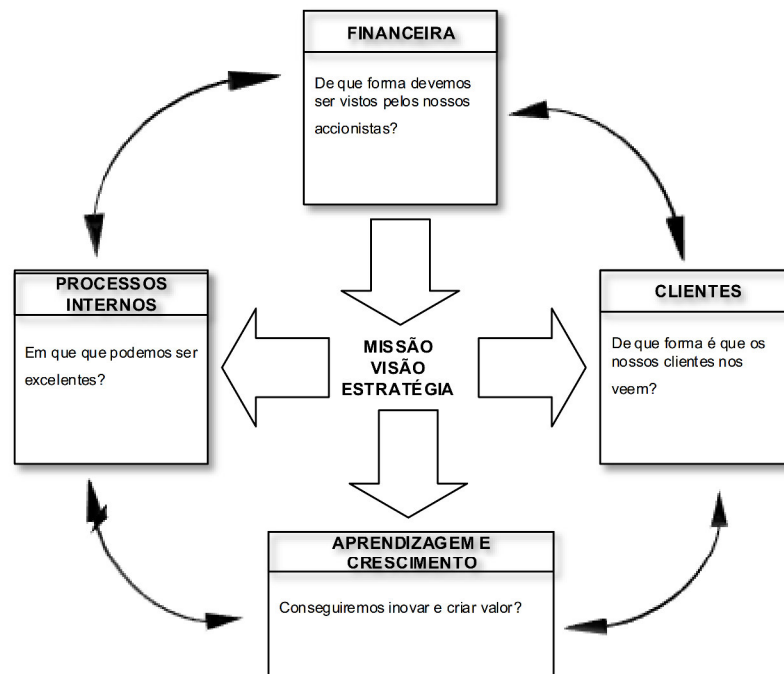


Figura 4- Perspetivas do BSC (Fonte: Louro, 2009, p. 6)

### 3.2.2 O Modelo de Excelência EFQM

O Modelo de Excelência da EFQM<sup>6</sup> é uma ferramenta de gestão de qualidade total, assente nos valores universais da humanidade que permite às organizações percorrer a senda da

<sup>6</sup> European Foundation for Quality Management (EFQM) tem como missão promover a excelência de forma sustentada na Europa. A EFQM encontra-se sediada em Bruxelas, sendo atualmente o maior organismo europeu de promoção e dinamização da gestão da qualidade. A EFQM surgiu em 1988 com o apoio da Comissão Europeia na Política Europeia de Qualidade e Promoção, para o desenvolvimento de novas metodologias de gestão que ajudassem a aumentar a competitividade das organizações europeias. O Modelo

excelência recorrendo à autoavaliação como processo de aprendizagem, de modo a levar a cabo a implementação das suas opções estratégicas, estabelecendo um modelo de melhoria da gestão global das organizações (Louro, 2009).

Este modelo assenta em nove critérios e permite, através de um diagnóstico, a avaliação do grau de excelência da instituição, ao mesmo tempo que proporciona a sua melhoria contínua. Por outras palavras, o modelo identifica nove critérios, ponderados e repartidos em duas categorias: Meios (correspondendo aos cinco primeiros) e Resultados (quatro últimos) para poder quantificar o nível de qualidade atingido e posicionar-se em relação às outras organizações. Os critérios de Meios estão relacionados com o que a organização faz, os critérios de "Resultados" estão relacionados com o que uma organização atinge. Os Resultados são causados por Meios e o retorno dos Resultados ajudam a melhorar os Meios, conforme ilustrado na Figura 5.

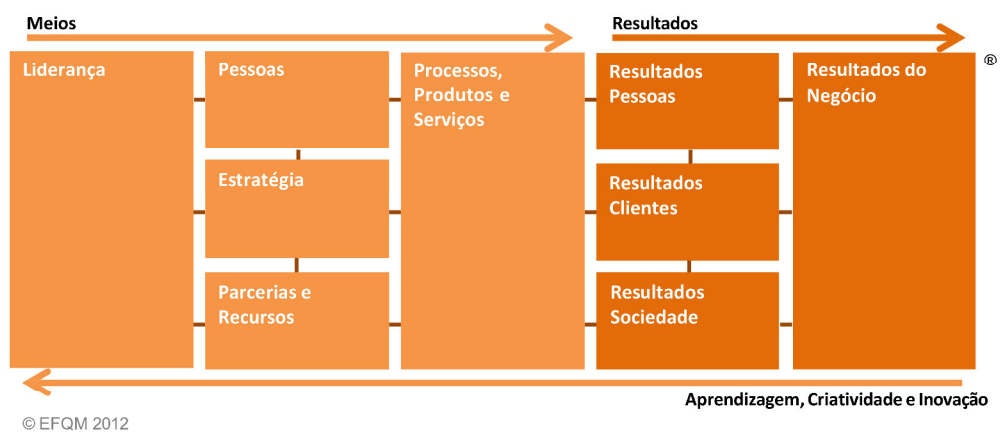


Figura 5- Modelo de Excelência da EFQM (Fonte: EFQM, 2013: 9)

Segundo (Silva & Sampaio, 2012) O modelo baseia-se na seguinte premissa: organizações excelentes produzem impactos positivos na sociedade, alcançando níveis superiores de desempenho satisfazendo ou excedendo valor a partilhar com as partes interessadas, conforme se pretende demonstrar na Figura 6.

---

de Excelência da EFQM (*EFQM Excellence Model*) é utilizado por mais de 30.000 organizações a nível europeu, possibilitando deste modo uma partilha das melhores práticas à escala europeia, o que tem permitido às empresas suas associadas a aquisição de novas formas de gerir os seus negócios.

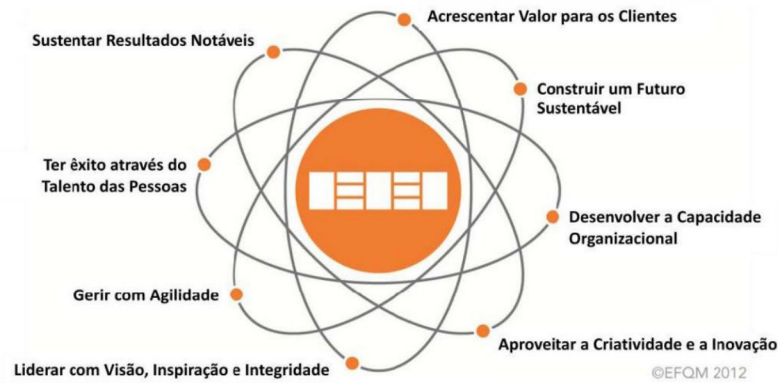


Figura 6- Conceitos Fundamentais da Excelência (Fonte: EFQM, 2013:4)

Ainda de acordo com a EFQM, (2013) o modelo é suficientemente flexível para ser aplicado a um extenso conjunto de organizações, independentemente do setor, dimensão, estrutura ou maturidade. Contudo, o sucesso da implementação do modelo e para que as organizações tenham sucesso necessitam de estabelecer um sistema de gestão eficaz baseado nas respostas às necessidades, e a implementação da estratégia é assegurada através de processos definidos e geridos de forma eficiente.

O Modelo de Excelência da EFQM (2013) permite aos gestores compreender as “relações de causa e efeito entre esforços empreendidos e resultados que alcançados. Com o apoio da lógica do RADAR (Resultados, Abordagem, Desdobramento, Avaliação e Revisão), representada na Figura 7, enquanto ferramenta de gestão, alicerçada numa estrutura dinâmica, proporciona uma avaliação do grau de excelência da organização. Está também, na base do mecanismo de pontuação subjacente ao Prémio de Excelência da EFQM, e de outros esquemas de reconhecimento ou avaliação, e pode ajudar a conduzir projetos de mudança e de melhoria da gestão numa organização (EFQM, 2013).



Figura 7- Lógica do Radar (Fonte:EFQM, 2012:24)

De acordo com Silva & Sampaio (2012, p. 178) citando vários autores, a lógica subjacente ao modelo, “ao melhorar a forma como a organização opera – as ferramentas de gestão” terá uma tradução explícita na melhoria nos resultados.

Ou seja, as ferramentas de gestão são fundamentais para o Modelo de Excelência da EFQM. Atingir a excelência depende da “utilização adequada das ferramentas de gestão que são adotadas pela organização tendo em conta as suas necessidades”. Assumindo-se o modelo EFQM como uma pirâmide, conforme ilustrado na Figura 8, os Conceitos Fundamentais e os Critérios do modelo são o primeiro e o segundo nível desta pirâmide, e as Ferramentas de gestão o terceiro nível Silva & Sampaio (2012, p 178).



Figura 8- Três níveis do Modelo EFQM (Fonte: de Silva & Sampaio, 2012:179)

O Modelo de Excelência da EFQM é revisto e atualizado num ciclo de três anos, com base na aprendizagem, experiência e percepção das principais organizações. Projetado para ser uma ferramenta prática e pragmática, permite às organizações obter uma visão holística do seu atual nível de excelência e priorizar os seus esforços de melhoria para maximizar o seu impacto (EFQM, 2013). Em síntese, pretende-se com o modelo da EFQM<sup>7</sup>, aumentar a competitividade das organizações europeias e apoiar o desenvolvimento sustentável das economias europeias.

---

<sup>7</sup> O modelo desenvolvido pela EFQM é constituído por três componentes: Conceitos Fundamentais de Excelência, Modelo de Excelência e Radar. Este modelo é revisto de três em três anos de forma a mantê-lo sempre atual, tendo no passado dia 9 de outubro de 2012 sido apresentado em Bruxelas, durante o fórum da EFQM “Fit for the Future”, o novo modelo - EFQM Model 2013.

### 3.2.3 A Common Assessment Framework

A CAF<sup>8</sup>, em português Estrutura Comum de Avaliação, é uma ferramenta de Autoavaliação da Qualidade desenvolvida pela EFQM.

É um modelo mais simplificado das exigentes normas EFQM e adequado às características e especificidades de um qualquer organismo público, e que tem como objetivo principal proceder à avaliação do desempenho organizacional numa perspetiva de melhoria contínua, conforme demonstrando na Figura 9.



Figura 9- Estrutura da CAF (Fonte: DGAEP, 2014:9)

A CAF permite uma autoavaliação das áreas estratégicas e propõe um compromisso entre a missão e o cumprimento de objetivos estratégicos, podendo também colaborar na aferição do grau de satisfação de cada uma das partes numa determinada organização, relativamente à orientação de ações e objetivos, plasmada no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), sujeito a avaliação permanente na cadeia da estrutura político-administrativa do Estado (Gonçalves, 2012).

---

<sup>8</sup> A Estrutura Comum de Avaliação/Common Assessment Framework (CAF) resultou da cooperação entre os Ministros da União Europeia responsáveis pela Administração Pública. A CAF foi construída para ajudar as organizações do setor público dos países europeus a utilizar as técnicas da gestão da qualidade. Constitui um instrumento simples e fácil de utilizar, que está adequado à autoavaliação das organizações públicas e ao seu desenvolvimento em direção à Excelência.

Com a sua implementação pretende iniciar-se um processo de melhoria contínua que promova o desenvolvimento de uma cultura de Excelência sustentada. O modelo adapta-se de acordo com as características de cada organização.

A Comunidade Europeia fundou em maio de 2001 o Centro de Recursos CAF (CAF Resource Centre) no Instituto Europeu de Administração Pública (*European Institute of Public Administration - EIPA*<sup>9</sup>), com o objetivo de centralizar a informação relativa à CAF e monitorizar a sua evolução nos Estados-membros. Desde outubro de 2002, compete à Direção-geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP) a coordenação, acompanhamento e avaliação das iniciativas de divulgação e implementação da CAF na Administração Pública Portuguesa.

A implementação da CAF consubstancia-se em três fases, desdobradas em dez passos, com uma previsibilidade de duração do projeto em dez meses (poderá variar de acordo com as especificidades da organização). Segundo a DGAEP a implementação desta metodologia de autoavaliação é efetuada em três fases, a realizar sempre pelos consultores externos juntamente com a equipa interna designada pela organização, conforme elucidado na Figura 10.



<sup>9</sup> Em 2014 contabilizam-se 3000 registos de utilizadores da CAF na Base de Dados do Centro de Recursos CAF (EIPA) provenientes de países europeus, não europeus e instituições comunitárias (DGAEP, 2014).

De acordo com a DGAEP (2014) a CAF (Versão 2013) apresenta Linhas de Orientação detalhadas para a realização do processo de autoavaliação, dividindo o mesmo em fases e passos de um rumo em direção à melhoria contínua, e que são considerados relevantes para as organizações.

### **3.3 Conclusão**

Muitas vezes, as organizações são confrontadas com a necessidade de procederem a alterações significativas na sua estrutura ou nos processos de trabalho, a introdução de novas tecnologias, a informatização e introdução de modelos de avaliação, causam um profundo impacto na organização, nos seus recursos humanos e nos resultados. Se estas mudanças não forem geridas de modo a assegurar o envolvimento e a participação dos colaboradores, os resultados podem ter um impacto negativo na organização, independentemente das soluções a implementar serem tecnicamente adequadas ou mesmo excelentes.

A necessidade de planear e implementar processos de monitorização, medição, análise e melhoria, leva a que as organizações se socorram de ferramentas que lhes permita fazer uma autoavaliação, o mais completa possível. Quer o BSC, quer a CAF, passando pelo modelo de excelência da EFQM, possuindo formatos, uns mais simples, outros mais complexos, permitem, de certo modo, a compreensão e utilização de técnicas de Gestão da Qualidade, numa perspetiva de melhoria contínua da Qualidade organizacional.

Procurando contrariar as disfuncionalidades do IDT e prosseguindo a adoção de uma linha de ação de introdução de conceitos de melhoria contínua da qualidade na instituição, levou-nos a procurar modelos adaptados à realidade da Administração Pública, tendo a decisão recaído no projeto MoniQuOr (base do modelo assente na metodologia da EFQM), à luz do que até então era prática nos Centros de Saúde e observando as orientações da tutela (pressupostos para os encargos serem assumidos via Programa Saúde XXI), no pressuposto da procura das melhores práticas em saúde (Benchmarking) que conduzissem a um desempenho superior do IDT enquanto estrutura orgânica do Ministério da Saúde.

Em suma, “uma nova abordagem implica uma atitude mais ativa quer por parte do Estado, quer por parte dos cidadãos. (...) A intervenção baseia-se em projetos, utilizando o princípio da gestão por objetivos e partilha de responsabilidades pela realização dos objetivos com as partes interessadas.” (Hespanha, 2008, p. 3).

Uma vez exploradas estas questões subjacentes à reforma da Administração Pública, avança-se no capítulo seguinte para o enquadramento destas questões no contexto específico, e com especial ênfase, nos Serviços de Saúde.

## **CAPÍTULO 4 – Sistema Nacional de Saúde Português**

### **4.1. Introdução**

A necessidade de mudança no atual Sistema de Saúde Português tem vindo a ser amplamente debatida. Governos sucessivos consideram essencial que esta mudança seja dinâmica e interativa, centrada no cidadão, e garantindo o envolvimento dos vários atores.

A abordagem ao cidadão que concerne à oferta de Serviços de Saúde terá também de mudar, tomando-se mais abrangente ao integrar o meio físico e social e os comportamentos na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença, abandonando-se assim a anterior conceção do Sistema de Saúde centrado na doença, com limitada capacidade de atuar por antecipação, e de manter uma ação continuada para além dos episódios agudos.

Nas orientações emanadas do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, elegge-se a promoção de uma “cultura de cidadania assente no desenvolvimento de iniciativas dirigidas à comunidade ou a grupos populacionais, visando a promoção da literacia, capacitação, *empowerment* e participação, tendo como eixos a difusão da informação, o desenvolvimento de competências na decisão individual, institucional e política, criando condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à daqueles que deles depende, bem como uma visão positiva em saúde” (Direção Geral de Saúde, 2013, p.5).

A estes traços fundamentais do processo de mudança juntam-se, entre outros, a promoção do trabalho em rede (intersetoriais e multidisciplinares), a promoção e experiências inovadoras com ênfase nos modelos de boas práticas e a criação de bases de conhecimento atualizadas, com capacidade para serem utilizadas de forma partilhada, como fundamento de novos métodos de trabalho.

Nas Estratégias para a saúde - Orientações de 1998 o Ministério da Saúde à data, elegia a qualidade como um dos fatores decisivos para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, a par da inovação e da capacidade de gestão.

Neste contexto, a utilização de modelos, técnicas e ferramentas da Qualidade em saúde assume grande relevância na avaliação da eficácia das políticas em saúde.

Assim, este capítulo tem como objetivo dar a conhecer a evolução do Sistema Nacional de Saúde, bem como, as estruturas organizativas ligadas à problemática das toxicomanias.

De seguida (Secção 4.2), começa-se por referir a definição do Sistema Nacional de Saúde e princípios subjacentes ao modelo social, e o papel do Estado enquanto garante desses mesmos direitos. Na Secção 4.3 aborda-se a problemática do modelo de financiamento e pagamento em Saúde, para na secção seguinte se abordar a evolução das estruturas organizativas no domínio das toxicodependências, terminando com uma conclusão (Secção 4.5).

## **4.2. O Sistema Nacional de Saúde Português**

É importante começar por compreender a exata definição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) presente no seu estatuto: um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde (Estatuto do SNS, 1993)<sup>10</sup>.

Nas sociedades modernas, a coesão social baseada no princípio da solidariedade é posta em prática no domínio da saúde, correspondendo a que o estado de saúde de cada um é responsabilidade de todos. Como esta responsabilidade tem custos, estes são assumidos, solidariamente, por todos e, por esta via, geram igualmente deveres éticos para quem os recebe (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 2010).

O Estado, enquanto garante dos direitos sociais, assegura o acesso universal e equitativo aos cuidados de Saúde, tendo em conta os recursos disponíveis, diminuindo, deste modo, a desigualdade entre cidadãos. Com base nestes princípios, os Estados desenvolveram Sistemas de Saúde mais ou menos intervencionistas, adaptados em função dos valores sociais, das estruturas sociodemográficas, da ciência e tecnologia disponível e da matriz epidemiológica.

Nos Sistemas de Saúde em que o Estado assume um papel intervencionista, regula e organiza o sistema, define os princípios e filosofia da prestação de cuidados de saúde através de uma rede própria e assume também o seu financiamento. Quando o papel do

---

<sup>10</sup> Plasmado no Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

Estado é menos intervencionista, define as linhas gerais da política de Saúde, regula o financiamento e controla a qualidade das prestações, reservando para terceiras entidades, privadas ou públicas, a prestação dos cuidados de saúde.

Silva & Rodrigues (2011, apud Pinto, 2003, p. 4) defende que um bom Sistema de Saúde é aquele que combina os seguintes fatores: “uma boa qualidade, um grau de satisfação razoável por parte dos utentes, custos controlados e um sistema de financiamento repartido”. No entanto, segundo a mesma autora, são atualmente coincidentes os fatores que colocam em crise os Sistemas de Saúde em vigor nos vários países, independentemente dos modelos de financiamento e pressupostos conceptuais em que assentam.

Assim, assiste-se por todo o lado a debates sobre a reforma dos Sistemas de Saúde que garantindo os princípios de universalidade de cobertura, de acesso e de solidariedade, permitam superar os problemas causados pelo progressivo crescimento dos custos com introdução de medicamentos de última geração e de novas práticas clínicas a par do subfinanciamento crónico por parte do Estado.

#### **4.2.1. O Sistema Nacional de Saúde até 1974**

De uma forma sucinta a oferta de cuidados de saúde em Portugal no Estado Novo, antes do 25 de abril de 1974 “era constituída por várias vias sobrepostas” (Baganha & Ribeiro, 2002, p. 2).

Destacamos neste período a publicação de dois diplomas que são as pedras basilares do atual SNS.

Numa primeira tentativa de unificar tais vias sobrepostas, foi publicado a 25 de abril de 1946 o Decreto-lei nº 35.311, criando a Federação das Caixas de Previdência, com o intuito de criar um serviço de cuidados médicos de âmbito nacional, destinado apenas a trabalhadores por conta de outrem (OPSS, 2008), assente em seguros obrigatórios, tendo tido um efeito perverso e fomentando as desigualdades sociais.

Em 1971 com a promulgação do Decreto-lei nº 413/71 (Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência) são estabelecidos os princípios da criação do SNS, dando origem aos Centros de Saúde de primeira geração (OPSS, 2008).

À data a oferta de cuidados assistenciais provinham: i. Das Misericórdias que geriam hospitalares e outros serviços de saúde; ii. Dos Serviços Médico-Sociais prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência; iii. Dos Serviços de Saúde Pública, vocacionados essencialmente para a proteção da Saúde; iv. Dos Hospitais estatais, gerais e especializados localizados nos grandes centros urbanos; v. Dos Serviços de Saúde privados, dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados, também eles, localizados nas grandes urbes (OPSS, 2008).

Para Baganha & Ribeiro (2002, p. 3) “o principal objetivo da política na década de 70 foi a diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer no financiamento, quer no acesso físico”.

Pela publicação do Decreto-Lei nº 413/71<sup>11</sup> é consagrado em diploma legal o direito à saúde e o acesso aos serviços – agora estruturados e articulados em saúde e assistência.

Dados os primeiros passos para a tentativa de delinear a criação de um modelo de SNS universal (com a criação dos centros de saúde de primeira geração) o Estado passa a definir e a executar as políticas da Saúde (Direções Gerais e Hospitais), reestruturando serviços centrais, regionais, distritais e locais (Baganha & Ribeiro, 2002).

#### **4.2.2. O Sistema Nacional de Saúde entre 1974 e 1990**

A partir de 1974 (Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de dezembro) o Estado passa a dispor de uma rede de equipamentos de Saúde, pela apropriação dos Hospitais das Misericórdias que lhe permite administrar a Saúde a nível nacional, geridas por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado (M.S., 2015).

Em 1976 é aprovada nova Constituição<sup>12</sup>, que consagra a todos os cidadãos o direito à proteção da saúde. Esse direito efetiva-se através da criação de um Serviço Nacional de

---

<sup>11</sup> Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro, que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência, afirma a garantia do direito à saúde, mas com acesso aos serviços – agora estruturados e articulados em saúde e assistência social – limitado, contudo, aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

<sup>12</sup> Constituição da República Portuguesa (2005) mantém o mesmo texto da versão da CRP de 1976 (nº 1 do Artigo 64. «Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover»), onde esse direito à proteção da saúde é realizado, através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (al. a) do nº 2 do art.º 64º da CRP. Comparando a CRP de 1976 e 2005, verifica-se entretanto a introdução de uma *nuança* não menos

Saúde universal, geral e gratuito, gerando a oportunidade para a publicação em 1978 de um Despacho ministerial<sup>13</sup>, mais conhecido como o “Despacho Arnaut”, que constitui um passo na efetividade do SNS, disponibilizando aos cidadãos o “acesso aos Serviços Médico-Sociais, independentemente da sua capacidade contributiva” (M.S., 2015).

Em 1979, António Arnaut, enquanto Ministro do Ministério dos Assuntos Sociais, cria o Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79 de 15 de setembro), com o intuito do Estado assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição Portuguesa. Assim, “todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como, aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos” vêm consagrado o direito à proteção da saúde (M.S., 2015).

Tendo em conta o carácter universal, geral e gratuito do SNS, e dado que os custos da rede de cuidados iam sendo suportados via Orçamento Geral do Estado, tal traduziu-se na inconsistente estrutura da rede de cuidados de saúde (OPSS, 2008). Tal expressão repercutiu-se na não assunção de “práticas inovadoras de gestão recursos, conflitualidade entre setor público e privado, falta de acessibilidade e eficiência dos serviços públicos de Saúde” (OPSS, 2008, p. 73).

#### **4.2.3. O Sistema Nacional de Saúde depois de 1990**

Para Baganha & Ribeiro (2002) o ano de 1990 é decisivo para a consolidação do Sistema de Saúde Português, tendo contribuído para o efeito a publicação de dois diplomas, a saber: a Lei de Bases da Saúde<sup>14</sup> e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde<sup>15</sup>.

---

insignificante a passagem de um de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito para serviço nacional de saúde universal e geral e, tendencialmente gratuito.

<sup>13</sup> Publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978.

<sup>14</sup> Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro). Base IV - Sistema de saúde e outras entidades: 1 - O sistema de saúde visa a efetivação do direito à proteção da saúde; 2 - Para efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde; 3 - Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à proteção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis.

<sup>15</sup> Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto; 28/2008, de 22 de fevereiro; 276-A/2007, de 31 de julho; 222/2007, de 29 de maio; 223/2004, de 3 de dezembro; 185/2002, de 20 de agosto; 68/2000, de 26 de abril; 157/99, de 10 de maio; 156/99, de 10 de maio; 401/98, de 17 de dezembro; 97/98, de 18 de abril; 53/98, de 11 de março; e 77/96, de 18 de junho.

Para os referidos autores em 1993 o Sistema de Saúde Português constituía-se em “três segmentos claramente individualizados e articulados entre si”, decorrente da evolução do Sistema de Saúde, desde a sua criação: i. Um Serviço Nacional de Saúde (caracterizado pelos estabelecimentos públicos, sob alçada do Ministério da Saúde); ii. Todas as entidades públicas que desenvolvem atividades de prevenção da doença, promoção e vigilância da saúde o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social; iii. Todas as entidades convencionadas da área da saúde (Baganha & Ribeiro, apud. Rocha e Almeida, 1999, p. 7).

#### **4.3. Financiamento e Modelos de Pagamento em Saúde**

Com a Lei de Bases da Saúde<sup>16</sup> foram invertidos os princípios consagrados no Estatuto do SNS. Assim, a proteção da saúde constitui um direito, assente na corresponsabilidade dos cidadãos, sociedade e do Estado, prestada através das atividades do Estado e de outros entes públicos ou por via da sociedade civil.

O Estado assumindo-se numa primeira fase, como agente financiador do SNS, caracterizando-se o Sistema totalmente gratuito, passando após a publicação da referida Lei a um Sistema tendencialmente gratuito, assente no financiamento do Orçamento do Estado e do copagamento por parte dos utentes, dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos atos, técnicas e serviços de saúde.

#### **4.4. Evolução das Estruturas de Saúde na Área das Toxicomanias**

A evolução das políticas da droga em Portugal acontece com a transposição para a legislação nacional das disposições e recomendações introduzidas pela Convenção Internacional do Ópio<sup>17</sup>, assinada em Haia, em 23 de janeiro de 1926. Por sua vez, só em

---

<sup>16</sup> A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde.

<sup>17</sup> Transposta para legislação nacional por via do Decreto-Lei n.º 12 210, de 24 de agosto de 1926.

1924<sup>18</sup> é que se publica em Portugal uma Lei relativa às drogas (Presidência do Conselho de Ministros, 1999).

Em 1963 o tratamento das toxicomanias é referenciado pela primeira vez em diploma legal (Lei de Saúde Mental<sup>19</sup>), sem contudo existir uma estrutura para prosseguir esses tratamentos (SICAD, 2012).

Em Portugal, no início da década de 70, assiste-se ao alastramento do fenómeno do uso/abuso de produtos psicotrópicos e substâncias estupefacientes, contudo, tal manifestação não justifica um clima de alarmismo social que hoje lhe reconhecemos. Contudo, é no ano de 1973 que é criada uma resposta pública a este novo fenómeno e flagelo social, através da criação de uma consulta diferenciada de toxicodependência, no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa (SICAD, 2012).

Volvidos cinco anos, após a manifestação expressiva do uso de drogas é criado na dependência da Presidência do Conselho de Ministros o Centro de Estudos da Juventude<sup>20</sup>, ao qual competia uma vertente mais preventiva e de tratamento médico-social, e o Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD)<sup>21</sup> com atuação na área da repressão e fiscalização do tráfico ilícito de drogas (SICAD, 2012).

Em 1976 extingue-se o Centro de Estudos da Juventude, sucedendo-lhe o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD), com competências nos domínios da prevenção, tratamento e inserção social do toxicodependente.

Em 1990 assiste-se a uma reformulação do Projeto VIDA<sup>22</sup>, tendo sido criado no âmbito do Ministério da Saúde o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

---

<sup>18</sup> Lei n.º 1687, regulamentada pelo Decreto n.º 10375, de 9 de dezembro. Este diploma apenas virá a ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro.

<sup>19</sup> [Lei n.º 2118, de 3 de abril](#) de 1963.

<sup>20</sup> Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de dezembro.

<sup>21</sup> É extinto dando lugar à criação do Centro de Investigação e Controle da Droga, com competência na área da repressão do tráfico ilícito de drogas. Estes dois organismos passam a ser coordenados por um terceiro, o Gabinete Coordenador do Combate à Droga, ao qual competia a coordenação das atividades por estes desenvolvidos sob a tutela do Ministério da Justiça.

<sup>22</sup> O Projeto Vida – Programa Nacional de Combate à Droga, foi criado em 1987, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de abril, na dependência funcional da Presidência do Conselho de Ministros. Tratava-se de um plano integrado de combate à droga, que contemplava 30 medidas nos domínios da prevenção, do tratamento, reabilitação e inserção social dos toxicómanos, e ainda no domínio do combate ao tráfico (SICAD, 2015).

(SPTT),<sup>23</sup> com expressão e implementação nacional, dotado de competências no domínio da prevenção, tratamento e reinserção social e profissional de cidadãos toxicodependentes.

No entanto, a problemática da toxicodependência intensifica-se, “tornando-se uma das principais preocupações dos portugueses”. Num estudo do Eurobarómetro realizado em 1997, “os portugueses indicavam as questões relacionadas com a droga como o principal problema social do país. Doze anos depois, em 2009, as drogas e a toxicodependência passam a ocupar o 13º lugar nesta lista” (SICAD, 2012).

Nos anos 90 é concebida a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência para um horizonte temporal de 1999 a 2004<sup>24</sup>, por iniciativa do governo português, tendo tal incumbência recaído num painel de peritos que elaboraram um relatório circunstanciado que definiu uma estratégia de intervenção global, contribuindo para a consolidação de políticas no domínio das toxicodependências<sup>25</sup>.

Em 2004, procedeu-se à avaliação interna e externa da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência, perspetivando um novo ciclo estratégico 2005-2012, designado por Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência Horizonte 2012.

---

<sup>23</sup> Decreto-Lei n.º 83/90, de 14 de março, no qual foram integrados os três serviços de saúde já referidos, existentes neste Ministério e o CEPD com os seus Centros Regionais do Norte, Centro e Sul. Quatro anos mais tarde foi aprovada a Lei Orgânica do SPTT (Decreto-Lei n.º 43/94, de 17 de fevereiro) e alterada pelo Decreto-Lei n.º 67/95, de 8 de abril.

<sup>24</sup> Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de abril.

<sup>25</sup> Para além de outras medidas extremamente importantes das grandes alterações introduzidas pela Estratégia Nacional a mais emblemática, terá sido a descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas através da aprovação da [Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro](#) que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica e, posteriormente, no [Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de abril](#) que permitiu deixar de se considerar crime o consumo de droga, a aquisição e a posse para consumo próprio. Para aplicar esta nova Lei foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, as quais vieram substituir os tribunais criminais como resposta do Estado ao consumo de drogas. Estas comissões, constituídas por um colégio de técnicos da área da saúde e da justiça, mas sempre presididas pela saúde, procuram informar as pessoas e dissuadi-las de consumir drogas. Têm, também, o poder de aplicar sanções administrativas e de encaminhar pessoas para tratamento, sempre com o seu consentimento.

No entanto, a abordagem às dependências em Portugal, não ficou apenas pela descriminalização do consumo de drogas, para além do reforço de toda a intervenção já existente nas áreas da prevenção, tratamento e reinserção foram, também, criadas, ao abrigo do [Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho](#), respostas na área da redução de riscos e minimização de danos (RRMD), tais como, Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência, Centros de Acolhimento, Centros de Abrigo com inclusão de equipas técnicas na área das dependências e Pontos de Contacto e Informação e que hoje constituem a Rede Nacional de RRMD.

Assim, findo o ciclo estratégico 2005-2012, caracteriza-se pela existência de serviços de proximidade, universalidade nas respostas e respostas diferenciadas, baseadas em diagnósticos locais e consubstanciado num “modelo de gestão desconcentrado, onde os diversos vetores de intervenção se entrecruzassem” (SICAD, 2012).

Em 2002 é criado o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)<sup>26</sup> tutelado pelo Ministério da Saúde. Esta instituição tinha como missão desenvolver políticas no domínio da prevenção, tratamento e redução de riscos e minimização de danos e reinserção social dos cidadãos toxicodependentes e suas famílias, “assegurando de forma transversal o funcionamento de um sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, bem como, promovia e estimulava a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que intervissem neste domínio”. Paralelamente o IDT tinha a incumbência de prestar apoio às Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, no domínio da cooperação, produção de legislação e supervisão da efetividade das mesmas (SICAD, 2012).

Com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde<sup>27</sup> é extinto o IDT, sucedendo-lhe o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD)<sup>28</sup> com competências no domínio do planeamento e acompanhamento de programas, cabendo às Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS)<sup>29</sup> a componente operacional das políticas de Saúde no domínio das toxicodependências, através da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).

---

<sup>26</sup> Decreto-Lei n.º 269-A/2002 de 29 de novembro de 2002 cria o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), resultante da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT). Passando-se a designar por via da alteração introduzida pelo Decreto-Lei n.º 221/2007 de 29 de maio, IDT, I. P..

<sup>27</sup> [Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro](#)

<sup>28</sup> [Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro.](#)

<sup>29</sup> Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro No âmbito do Compromisso Eficiência, o XIX Governo Constitucional determinou as linhas gerais do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), determina que algumas distribuições do IDT, I.P., nomeadamente na componente operacional da intervenção no domínio dos problemas dos comportamentos aditivos e dependências, passem para a esfera das ARS.

#### **4.5. Conclusão**

Este capítulo apresentou a evolução do Sistema Nacional de Saúde, com especial ênfase para as estruturas orgânicas que lidam com a problemática das toxicodependências. Com efeito, a temática da reorganização da Administração Pública, continua a ser um tema de análise por parte de académicos, decisores e políticos.

Assim, depois de se iniciar o capítulo com uma introdução sobre a problemática em análise, onde se apresentou o contexto favorável de mudança, a cidadania e o papel do Estado, fez-se uma retrospectiva da evolução do sistema de Saúde em Portugal.

Como conclusão, há a referir que se espera do poder político a racionalização e a modernização das estruturas organizativas da prestação de serviços públicos orientados para a satisfação das necessidades dos cidadão, alicerçadas em políticas concertadas de natureza central, regional e local, na área da prestação de cuidados de Saúde, consultando as demais entidades, com atribuições neste domínio, sempre que tal se justificar.

Na Parte II do presente trabalho apresenta-se o IDT-DRC e sua composição orgânica, dedicando uma especial atenção à metodologia subjacente ao projeto MoniQuOr.CAT, seguidas das conclusões e recomendações para investigações futuras.

---

## PARTE II – Trabalho Desenvolvido

---

## **CAPÍTULO 5 – Metodologia**

### **5.1. Introdução**

Este capítulo apresenta a metodologia subjacente ao Modelo de Excelência da EFQM que deu corpo de uma forma simplificada ao projeto MoniQuOr.CAT. Independentemente do setor de atividade, dimensão, estrutura ou maturidade as organizações que pretendam ter sucesso nos mercados onde operam, necessitam de um sistema de gestão apropriado, conjugado com ferramentas e técnicas de gestão para potenciar as suas declarações de Missão e Visão, e assim, alcançar níveis de excelência.

Assim, o MoniQuOr.CAT assenta na metodologia de autoavaliação, socorrendo-se de um questionário que determina a posição da organização face às congéneres ou estruturas de excelência, ajudando a organização a determinar direções e a definir prioridades futuras.

Para tal o presente Relatório de Atividade Profissional, pretendendo retratar uma identidade bem definida e um determinado contexto. Este relatório é de natureza qualitativa e interpretativa, pois pretende analisar o modo como colaboradores do IDT-DRC autoavaliam a organização segundo a metodologia da EFQM, numa perspetiva orientada para a satisfação das necessidades dos cidadãos/utentes com um papel preponderante na melhoria contínua da qualidade da Administração Pública.

Esta análise enquadra-se numa metodologia predominantemente qualitativa, dado que não se ambiciona explicar a realidade, mas sim antes a sua compreensão.

A fundamentação da metodologia é essencial para dar credibilidade ao trabalho apresentado no presente relatório. Mais concretamente, este capítulo tem precisamente como objetivo identificar e justificar as escolhas metodológicas que orientaram o trabalho empírico realizado.

É através da metodologia que se estuda, descreve e explicam os métodos que vão ser aplicados ao longo do trabalho, de modo a sistematizar os procedimentos adotados durante as fases, procurando garantir a validade e a fiabilidade dos resultados.

Para alcançar tal desiderato é fundamental traçar um plano de trabalho, tornando-se necessário, para o efeito, selecionar o seu tema, identificar os objetivos pretendidos, planear e delinear a metodologia, recolher documentação e delinear a população de estudo.

Sintetizando, é necessário implementar o programa, acompanhar, recolher e analisar e tratar a informação, para posteriormente apresentar o relatório pretendido.

A importância desta fase justifica-se assim, e desde logo, pela possibilidade dada ao leitor de aferir do valor do seu contributo.

Em resumo, traçamos como objetivo para este capítulo, descrever as condições de realização deste relatório, esclarecer sobre as técnicas e instrumentos utilizados, e por último, referir os procedimentos utilizados nos instrumentos de recolha de dados.

## **5.2. Objetivos do Projeto Desenvolvido**

Sendo o autor quadro superior do IDT-DRC, com funções na área do Planeamento, e tendo proposto superiormente a concretização de uma metodologia de autoavaliação dos serviços da DRC, define-se como objetivo central deste Relatório de Atividade Profissional dar a conhecer o projeto *MoniQuOr.CAT*, tendo por base a implementação do modelo de excelência da EFQM.

Assim e tendo em conta que o modelo-base (*MoniQuOr CS*) anteriormente aplicado nos Centros de Saúde, optou-se por reconfigurá-lo à realidade dos CAT da DRC.

Para dar corpo ao anteriormente descrito foi necessário explicitar os objetivos do programa que levou à elaboração do *MoniQuOr*, nomeadamente i. Elaborar critérios de Qualidade Organizacional para utilização nas Unidades Funcionais; ii. Trabalhar com os profissionais e utilizadores na melhoria e adequação deste conjunto de critérios. iii. Criar um sistema de avaliação interpares do grau de cumprimento dos critérios. iv. Desenvolver um modelo de avaliação (composto por três momentos de avaliação: 1.º - Autoavaliação; 2.º - Avaliações cruzadas entre Unidades Especializadas, e 3.º - Avaliações externas.) do progresso em direção ao cumprimento integral dos critérios; v. Avaliar o impacto que o cumprimento dos critérios tem na melhoria da Qualidade dos cuidados prestados; vi. Introduzir medidas corretoras; vii. Reduzir a variabilidade da Qualidade Organizacional das Unidades Especializadas.

Na prática pretendeu-se construir um modelo assente na autoavaliação corporativa, que permitiu à instituição encontrar um momento de avaliação adequado, perspetivando uma análise da missão e visão já definidas.

Posteriormente, ambicionou-se priorizar perspetivas associadas a objetivos estratégicos, definir as ações operacionais associadas a cada objetivo estratégico, definir indicadores e métricas a alcançar, de forma a encontrar uma coerência entre o uso de ferramentas de planeamento e controlo da estratégia, consubstanciadas na metodologia da EFQM.

### **5.3. Apresentação do Projeto Desenvolvido**

Para se realizar um trabalho seja ele qual for é fundamental traçar um plano de trabalho. Para tal, é necessário selecionar um tema, identificar objetivos, planejar e delinear a metodologia que mais se adequa, escolher instrumentos de pesquisa, ter acesso a esses mesmos instrumentos, selecionar os suportes documentais e definir a amostra ou a população alvo. De uma forma resumida poderemos dizer que é preciso recolher, analisar e apresentar a informação.

Para tal, pode afirmar-se que é a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o “como?” e o “porquê?” (Yin, 2003), quando o investigador “não controla os acontecimentos reais”, ou o campo de investigação se concentra no estudo de fenómenos naturais dentro de um “contexto da vida real”, seguindo um processo de construção empírico com o qual se pretendeu estudar um fenómeno contemporâneo, no contexto real que este ocorre. Este autor acrescenta ainda que, pelo facto de inúmeras vezes ser difícil isolar o fenómeno em estudo do contexto em que este ocorre, é geralmente necessário usar múltiplas fontes de evidência (dados) e cruzar (triangular) os diferentes dados recolhidos Coutinho & Chaves (2002, p.3).

Os referidos autores afirmam que a primazia dos casos de investigação recai na utilização de métodos de natureza interpretativa/qualitativa para estudo dos fenómenos observados, contudo, admite a possibilidade do investigador optar por métodos quantitativos e qualitativos para interpretação do objeto de estudo.

Ainda segundo os mesmos autores, apoiados numa vasta revisão de literatura, o facto de o investigador estar pessoalmente implicado na investigação confere aos planos qualitativos um forte cariz descritivo, daí que, para a construção do presente Relatório de Atividade Profissional, incida sobretudo no plano qualitativo. No entanto, é perfeitamente plausível que o presente Relatório possa ser conduzido sobre qualquer um dos paradigmas de

investigação, sendo por isso mais coerente a sua inclusão nos planos de investigação tipo misto.

Os mesmos autores, citando Ponte (2006) considera que se trata de uma narrativa que se assume como “particularista”, isto é, incide sobre um determinante, procurando descobrir o que há nela de mais intrínseco e, desse modo, contribuir para a “compreensão global de um certo fenómeno de interesse” Coutinho & Chaves (2002, p. 4).

Sintetizando todos os aspetos apresentados no presente relatório, dir-se-ia que se traduz numa abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos “compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, e que este constitui uma estratégia de pesquisa utilizada nas Ciências Sociais”.

Conclui-se que é uma investigação com “características peculiares, pois incide intencionalmente sobre uma situação específica que se presume ser única ou especial, procurando descobrir o que há nela de mais fundamental e específico”, contribuindo desta forma para a compreensão do objeto de estudo.

Sendo o seu objetivo geral: explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar, o mesmo pode ser consubstanciado sob a forma de Relatório de Atividade Profissional (Coutinho & Chaves, 2002, p. 21).

Em resumo, quanto à modalidade da narrativa em que o trabalho desenvolvido se enquadra, marcadamente descritivo, na ótica de vários autores, levam-no a enquadrar no plano qualitativo.

No entanto, existem autores que defendem, que a construção do presente Relatório pode ser construída sobre qualquer um dos procedimentos de investigação científica, considerando contudo, a sua inclusão nos planos de investigação do tipo misto para alicerçar a construção da teoria científica (Coutinho & Chaves, 2002).

Neste caso específico, o objetivo do Relatório de Atividade Profissional desenvolvido é relatar os fatos como sucederam, descrever situações, proporcionar conhecimento acerca do fenómeno estudado e comprovar ou contrastar efeitos e relações presentes no caso.

#### 5.4. O Desenho da Pesquisa

Tendo-se sido admitido no IDT no ano de 2001 para o GAT- Gabinete de Apoio Técnico, com responsabilidades na área do Planeamento e Estatística, verificou na altura que não existia nenhum programa estruturado de identificação e solução de problemas organizacionais dos CAT, e que a qualidade não podia ser um objetivo vago e abstrato, deixado ao acaso ou sujeito a avaliações ocasionais, devendo ser monitorizada e melhorada sempre que necessário de forma coordenada, através de uma estratégia de gestão, propôs superiormente que se procedesse a um estudo sobre a avaliação da qualidade organizacional dos CAT.

A quantificação da qualidade, através do desenvolvimento de parâmetros e indicadores de desempenho, que permitiram à DRC avaliar e quantificar a sua *performance*, bem como, estabelecer objetivos e metas mensuráveis de melhoria contínua, são os princípios que nortearam este projeto.

Paralelamente, é amplamente reconhecida a necessidade de permitir aos profissionais da Administração Pública uma participação ativa em projetos de melhoria contínua da qualidade, e que esses mesmos projetos possam contribuir para a sua realização profissional, entendida como fator de motivação, empenho e criatividade.

Na conjuntura atual, acresce que são muitos e diversificados os desafios lançado à Administração Pública, no que diz respeito à empresarialização de Unidades de Saúde. Este modelo constitui um vetor inovador no setor da Saúde, no qual ressaltam a satisfação de necessidades dos cidadãos, a premência, a exigência da qualidade técnica e a constante atualização dos meios disponíveis.

Urge, assim, introduzir nas Unidades de Cuidados de Saúde, experiências inovadoras catalisadoras de partilhas de novos saberes e de práticas clínicas inovadoras.

Este tipo de abordagem implica um empenho total de todos os colaboradores da DRC e o envolvimento implícito da Direção, exigindo ainda um tipo de gestão participativa em que a prevenção do erro é mais importante do que o controlo.

Para que tal seja possível, e porque a qualidade pressupõe um esforço de todos para eliminar a não qualidade, foi indispensável mobilizar os colaboradores na sua totalidade, motivando-os, incentivando-os e implicando-os no processo produtivo<sup>30</sup>.

Desta forma, pretendeu-se construir um referencial de autoavaliação contribuindo para a consolidação da Missão do IDT-DRC, criando sinergias e dinâmicas internas da organização para abraçar novos projetos na área da Gestão da Qualidade Organizacional.

### **5.5. Recolha da Informação e Tratamento dos Dados**

Carvalho & Amorim (2012) citando Goetsch (1997) definem que a qualidade é um estado dinâmico associado a produtos, serviços, pessoas, processos e ambientes que atendem ou excedem expectativas. A competição entre as organizações exige o aperfeiçoamento contínuo das pessoas, dos processos e do ambiente e, para este propósito, a Qualidade Total tem-se afirmado como uma abordagem adequada (Goetsch, 1997). A Qualidade Total assenta em três princípios fundamentais: i. O foco nos clientes e partes interessadas, ii. O foco no envolvimento de todos os funcionários da organização e iii. O foco no processo de melhoria contínua (Evans & Lindsay, 2011).

Por seu lado, a melhoria contínua é uma abordagem que persegue o objetivo de melhorar o desempenho e a qualidade das organizações (Pinto, 2009). Segundo Evans & Lindsay (2011), esta abordagem implica mudanças incrementais que podem ser pequenas e graduais ou grandes e rápidas. Estas mudanças têm como principais finalidades, criar novos produtos, melhorar o serviço e aumentar o valor para o cliente, diminuir custos através da redução dos erros, defeitos e/ou desperdícios, o uso de recursos de forma sustentada, e o aumento da capacidade de resposta. Isto exige o envolvimento proativo de todos os colaboradores na instituição. A criação de rotinas de melhoria contínua da qualidade nas organizações exige a associação de três componentes fundamentais: o conhecimento, motivação, e o saber fazer (Pinto, 2009).

Em síntese, não só é necessário integrar a qualidade nos processos, gerir e estabelecer as bases para que esta mesma qualidade seja efetivada, mas também se torna crucial definir

---

<sup>30</sup> A adesão por parte dos CAT foi de 100%. Todos os CAT realizaram os dois momentos de avaliação.

responsabilidades e alocar recursos para que se passe de um processo de intenções a uma clara e concreta metodologia de gestão pela Qualidade Total.

Ou seja, definir tarefas, atribuir funções inequívocas e estabelecer prazos, de modo a que todos estejam devidamente sintonizados com o processo de melhoria contínua da qualidade, para que se prossiga para patamares superiores de exigência, satisfação e qualidade. Na base deste ponto de vista reside o cerne do presente relatório.

Segundo Yin (2003) a redação de trabalho de carácter técnico deve ser apoiado em múltiplas fontes de informação, contribuindo desse modo para a obtenção de resultados válidos. Assim, para a obtenção da informação necessária ao desenvolvimento do presente relatório utilizaram-se fontes de dados factuais como: i. Documentos – relativos ao modelo de Excelência bem como o modelo do MoniQuor.C.S, consubstanciado nos questionários aplicados nos momentos de avaliação; ii. Chefias – a quem a Comissão de Avaliação realizou entrevista; iii. Situações – Encontro de pós-momentos de avaliação onde foi partilhado o *feedback* do processo avaliativo.

Assim, partindo de uma análise predominantemente qualitativa, este tipo de análise é considerado como aquele que melhor se adequa ao estudo do desempenho de uma instituição (Minayo & Sanches, 1993). O autor utilizou as informações resultantes dos documentos consultados, das entrevistas efetuadas, das conversas formais e informais e da observação direta para caracterizar a organização em estudo e, a partir daí, construir um modelo suficientemente sólido para aplicar na instituição.

Para alcançar tal desiderato, foi necessário verificar se estavam reunidos os requisitos mínimos para aplicação do modelo da EFQM, nomeadamente, os pressupostos anteriormente referenciados, acompanhados de um processo formativo. O modelo deve ser adaptado à realidade da organização, devendo a avaliação ser efetuada na base de critérios precisos, e por último, deve ser encontrada uma solução alternativa para os problemas em todas as situações de não conformidade. Neste sentido, este Relatório pretende abarcar os objetivos acima descritos, contemplando a generalidade dos setores de atividade dos CAT e integrando as particularidades que este domínio profissional pode assumir.

De forma a atingir os objetivos propostos anteriormente, foram alocadas tarefas a cada um dos membros da Comissão Executiva, com o prepositivo de implementar o modelo da EFQM, procedendo-se de seguida ao levantamento das áreas da organização a serem

monitorizadas, com a conseqüente adaptação ao modelo implementado nos Centros de Saúde.

Para tal, foi fornecido um CD contendo manuais de formação, um aplicativo informático para recolha e tratamento dos dados, para além, de um guião de entrevista e um questionário. Para se proceder à autoavaliação, usou-se a figura do inquérito por questionário, distribuído aos profissionais de Saúde que trabalhavam nos CAT e que integravam a Comissão de Avaliação. O questionário permitiu a análise numérica de tendências, opiniões e atitudes, podendo generalizar os resultados da amostra numa determinada população (Creswell, 2013).

O questionário foi adaptado do modelo de autoavaliação aplicado nos Centros de Saúde, contendo um conjunto de critérios (216), englobando diversas áreas (6) e subáreas (27) de intervenção dos CAT.

Este estudo foi realizado com o consentimento da então Delegada Regional do Centro do SPTT e dos direta ou indiretamente envolvidos no processo de implementação do MoniQuOr.CAT, tendo por base o modelo da EFQM.

## **5.6. Conclusão**

Este capítulo apresentou e justificou a pertinência do projeto que serviu de base à concretização deste relatório e sua relevância na construção do perfil de gestor do autor, associado a opções metodológicas utilizadas na recolha e análise dos dados, permitindo ao leitor avaliar a sua pertinência, bem como a qualidade dos resultados e conclusões posteriormente explanados.

Assim, no capítulo seguinte apresenta-se o projeto desenvolvido e procedemos à caracterização da estrutura organizativa do IDT-DRC.

## **CAPÍTULO 6 – Experiência na Aplicação do MoniQuor.CAT no IDT-DRC**

### **6.1. Introdução**

A crescente exigência por parte do poder político e da sociedade em geral em reduzir a discussão da Administração Pública numa questão de eficiência e eficácia, transforma a Qualidade numa questão de distinção, num meio em que predomina o tradicionalismo das práticas, por oposição à oferta de serviços integrados e assentes numa matriz de exigência e de Qualidade.

Esta focalização deve ser consubstanciada num processo formativo devidamente estruturado e dimensionado às necessidades reais da instituição, uma vez que a formação profissional é um veículo privilegiado de transmissão de competências que deve ser encarado como um fator de investimento e não num mero custo ou expediente que não se traduz num qualquer valor acrescentado para a instituição.

É portanto fundamental que qualquer profissional conheça o seu papel no seio da instituição e saiba o que esta espera dele. Certamente que é preciso mudar e recriar capacidades e competências operativas e tal só é possível assumindo-se uma postura de inovação e de trabalho multidisciplinar e de exigência.

Por estas razões, deverão os cidadãos, o Estado, as empresas e a comunidade em geral, exigir a todas as organizações uma preocupação explícita pela qualidade dos serviços que asseguram.

Se pensamos que estas exigências já existem e a postura dos dirigentes se posiciona em termos prospetivos, então, a implementação do MoniQuOr.CAT, torna-se crucial para a consolidação dos objetivos delineados pela DRC.

Neste contexto, este capítulo tem como objetivo apresentar a estrutura organizativa do IDT-DRC, bem como, a forma como foi organizado e implementado todo o projeto MoniQuOr.CAT na DRC que teve início em outubro de 2001.

## **6.2. Objetivos**

Nos termos da proposta apresentada pela Comissão Executiva à Delegada Regional do SPTT-DRC, relativa à aplicação do modelo da EFQM nos CAT da DRC, contam-se os seguintes objetivos a atingir: i. Conhecer os pontos fortes e as áreas a melhorar no SPTT-DRC; ii. Mobilizar a organização para a Qualidade; iii. Sensibilizar para a mudança organizacional no sentido da melhoria contínua.

A metodologia EFQM foi aplicada a todos os onze CAT do SPTT-DRC, mobilizando um conjunto considerável de colaboradores em torno do projeto.

Por conseguinte, o IDT tem por missão “garantir a unidade intrínseca do planeamento, da conceção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da Prevenção, do Tratamento e da Reinserção, no domínio da droga e da toxicodependência, na perspetiva da melhor eficácia da coordenação e execução das políticas e estratégias definidas<sup>31</sup>”. Com a entrada em vigor da nova Lei Orgânica, em conformidade com o preconizado no nº 1 do artº 20º do Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro - Lei Orgânica do Ministério da Saúde, o IDT tinha como missão: Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências (IDT, 2007).

## **6.3. Apresentação da Entidade**

Para a prossecução das suas atribuições, o IDT dispunha em 2001 de uma estrutura orgânica, desconcentrada regionalmente em cinco Delegações Regionais, coincidentes com as Regiões de Saúde, às quais competia a coordenação e atuação das unidades especializadas que as integravam, possibilitando a flexibilidade nos modelos de atuação e o seu ajustamento às necessidades decorrentes das assimetrias locais. O IDT teve sede em Lisboa, onde estavam instalados os Serviços Centrais, e exercia a sua atividade ao nível do território continental através das mencionadas Delegações Regionais (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Estes eram serviços desconcentrados, de natureza operacional, que coordenavam um conjunto de Unidades Especializadas (UP,

---

<sup>31</sup> DIÁRIO DA REPUBLICA - 1.ª SERIE, Resolução 115/2006, de 18 de Setembro.

CAT, UD, CT e CD) que constituíam serviços locais e permitiam a planificação, execução e avaliação de atividades no âmbito da Prevenção, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinscrição de toxicodependentes (IDT, 2007).

- **Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT)**

De acordo com o Regulamento da Organização Interna dos Serviços do IDT, estes comportavam os Serviços Centrais, Delegações Regionais e Serviços Locais.

Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT) são unidades-tipo prestadoras de cuidados em regime ambulatorio, a toxicodependentes que procuram tratamento e às suas famílias, individualmente ou em grupo, de acordo com o pedido e a indicação terapêutica. Estas unidades assentam a sua intervenção em equipas multidisciplinares, constituídas por médicos de várias especialidades (com destaque para a psiquiatria, mas também medicina interna, medicina familiar, saúde pública), psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e técnicos psicossociais (IDT, 2007).

- **Centros de Dia (CD)**

Os CD constituem UE não contemplados na lei orgânica, que promovem o processo de Reinscrição a par do processo de tratamento. Através do recurso a atividades ocupacionais lúdicas, pedagógicas e terapêuticas com o propósito de reforçar o tratamento em regime ambulatorio dos toxicodependentes (IDT, 2007).

- **Unidades de Desabilitação (UD)**

Esta Unidade Especializada (UE) tem por objetivo tratar, através de internamentos de curta duração (aproximadamente 7 dias), sob supervisão e acompanhamento médico, a síndrome de abstinência em toxicodependentes que não dispõem de condições individuais ou sociais para o fazer em regime ambulatorio (IDT, 2007).

- **Comunidades Terapêuticas (CT)**

Estas UE são estruturas residenciais em regime de internamento de longa duração, onde através de apoio psicoterapêutico e socio-terapêutico se procura ajudar os toxicodependentes enquanto cidadãos. Estas UE ao retirarem o toxicodependente do meio onde se inserem, têm como objetivo levar o toxicodependente a reaprender a viver livre de drogas sob supervisão de técnicos especialistas, com o objetivo ultimo o da reinscrição (IDT, 2007).

- **Unidades de Prevenção (UP)**

Estas UE tinham como missão executar, na área do seu distrito, as ações promovidas pelas Delegações Regionais e Serviços Centrais, em articulação com outras entidades, desenvolvendo programas e projetos no âmbito da Prevenção das toxicodependências ao nível distrital, incentivando e motivando a participação da comunidade no desenvolvimento de ações correlacionadas com a problemática das adições (IDT, 2007).

O IDT em parceria com entidades públicas e privadas, dispunha de um extenso portefólio de serviços prestados em espaço familiar, escolar, lazer, na rua, em instituições de Saúde e outras, quer no âmbito da Prevenção e da Dissuasão da toxicodependência, quer da Redução de Riscos e Minimização de Danos, do tratamento e da reinserção dos indivíduos com a problemática da toxicodependência ou em situação de risco.

No que diz respeito aos destinatários a atividade do IDT tinha como população alvo a comunidade em geral, nas suas múltiplas dimensões: A população beneficiária das ações de Prevenção, de Dissuasão, de Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção dos adolescentes e jovens, os pais, os profissionais de educação/saúde, a sociedade civil, a pessoa toxicodependente, a pessoa excluída socialmente e com riscos associados à toxicodependência, a pessoa indiciada por posse e/ou consumo de substâncias ilícitas, as instituições - públicas e privadas – que participam nas diferentes áreas de intervenção, os organismos da administração central, autarquias, estabelecimentos de ensino, instituições de acolhimento, espaços recreativos, de lazer e desportivos e estabelecimentos prisionais, entre outros e por fim, as unidades privadas de tratamento licenciadas (IDT, 2007).

Os profissionais, investigadores e os estudantes através da realização de estudos, de estágios profissionais e da disponibilidade de formação e informação específicas. O Governo através do estudo e informação da realidade observada e das tendências registadas. A Assembleia da República através da produção do Relatório Anual “A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências” (Lei nº 45/1996 de 3 de setembro) e da resposta a questões colocadas por deputados. As instituições internacionais às quais o IDT fornecia informação compilada ou tratada, no contexto dos compromissos assumidos ou de partilha de melhores práticas, no âmbito das Instituições Congéneres, das Nações Unidas, do Conselho da Europa e da União Europeia, sendo aqui de salientar o

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), do qual o IDT era o ponto focal nacional (IDT, 2007).

Em relação aos Recursos Humanos, em outubro de 2006, o número de efetivos era de 1.788 profissionais, o que equivale em termos de tempo completo a 1.668 profissionais, uma vez que alguns exercem funções em regime de tempo parcial nas unidades especializadas do IDT, sob a forma de acumulação de funções ou cedências, no âmbito da celebração de protocolos com as ARS e Hospitais. Os profissionais nestas situações eram essencialmente médicos e enfermeiros (IDT, 2007).

#### **6.4 Meios Financeiros**

Finalmente em relação aos Recursos Financeiros a concretização do presente Plano de Atividades pressupunha também a afetação e disponibilização de adequados recursos financeiros.

Para tal o IDT previa em matéria de recursos financeiros para o ano de 2007 integrando a totalidade do Orçamento do IDT e que tinha como principal fonte de financiamento o Orçamento de Estado (OE), cujo Subsídio de Exploração perspectivava o valor de € 50.270.000, sofrendo um decréscimo de 14% relativamente ao ano de 2006, cujo valor absoluto se cifrava em € 8.117.650. Este valor estava ainda sujeito a uma cativação prevista na Proposta de Lei do Orçamento do Estado para 2007. O OE para 2007 financiava 85% do Orçamento de Funcionamento do IDT, sendo os restantes 15% no valor de € 8.880.611 de Receita Própria. Esta receita tinha como principal proveniência os lucros dos jogos sociais, de acordo com o Dec. Lei nº 56/2006, de 15 de março e ainda os valores de tribunais sob a forma de recompensas, objetos, direitos ou vantagens, conforme previsto na alínea a) do nº 1 do artigo 39º do Dec. Lei nº 15/1993, de 22 de janeiro, entre outras.

A receita própria dos jogos sociais era atribuída anualmente pelo Ministério da Saúde, conforme consta do nº 6 do artigo 3º do citado diploma dos jogos sociais, não se prevendo à data, o montante a atribuir ao IDT para o ano 2007.

Esta receita visava complementar os recursos financeiros face aos encargos com entidades privadas convencionadas, que prestavam apoio no tratamento aos toxicodependentes, bem como atribuir subsídios a estruturas que intervêm nos domínios da Prevenção Primária,

Redução de Riscos e Minimização de Danos, associados às toxicodependências, em conformidade com o Dec. Lei nº 186/2006, de 12 de setembro.

No orçamento de funcionamento do IDT, inserta no Plano de Atividades de 2007, relativa à Despesa (50 487 267,00 €) contava com três grandes rubricas: i. Despesa com Pessoal 38 704 866,00€ a que corresponde a 77% do total da despesa; ii. Despesa com Aquisição de Bens e Serviços com um total de 8 663 344,00 € a que correspondiam aproximadamente 15% do total da despesa prevista; iii. Despesa gerada com Subcontratos e Convenções com um valor de 5 344 890,00 € a que correspondiam aproximadamente 9% do total da despesa. Para iniciativas no domínio da Prevenção Primária, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção Social o valor estimado era na ordem dos 5 204 639,00 € a que corresponde 9% da despesa prevista, seguindo-se outras rubricas como: Investigação, Formação, Cooperação Internacional e Estágios Profissionais com menos encargos (IDT, 2007).

## **6.5. Descrição do Processo**

Após uma resenha sobre a evolução do Sistema Nacional de Saúde e das Estruturas Orgânicas com responsabilidades na Prevenção, Tratamento e Redução de Riscos e minimização de Danos no domínio das Toxicodependências, importa de seguida dar a conhecer aos leitores todas as vicissitudes da implementação do projeto e resultados obtidos que teve como ponto de partida a constituição da equipa de projeto e culminado com a apresentação dos resultados a nível regional e disseminação do projeto a nível nacional.

### **6.5.1. Constituição do Projeto e Equipa de Autoavaliação**

Partido da experiência adquirida por parte de um Coordenador do CAT de Pombal (Dr. João Nunes Rodrigues) que acompanhou a introdução de políticas da qualidade em saúde, promovidas pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo a estratégia desenhada para os Centros de Saúde no que respeita à monitorização da qualidade organizacional, tendo por base o instrumento de trabalho MoniQuOr.C.S aplicado (1998-2000) em 290 Centros de Saúde (Pisco & Biscaia, 2001), estavam reunidos os requisitos mínimos para a prossecução do MoniQuOr.CAT.

Deste modo a 16 de outubro de 2001 numa reunião de Direção do SPTT-DRC, foi lançado o desafio para que se procedesse à avaliação dos serviços tendo em conta que em anos anteriores a metodologia assente no modelo da EFQM tinha sido aplicada aos Centros de Saúde.

Nesse mesmo ano, foi apresentado um projeto que traçava as linhas gerais do programa e afetação de recursos para que o mesmo constasse do plano de atividades para 2002.

No ano de 2002 foi constituída uma Comissão Executiva (composta por três profissionais) com a missão de dar a conhecer e fazer aprovar o modelo junto da Delegada Regional.

Ainda em 2002 solicita-se à Direção do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) a autorização para que se possa utilizar o instrumento de avaliação aplicado nos Centros de Saúde (MoniQuOr C.S.<sup>32</sup>) para que o mesmo seja adaptado à realidade da DRC.

É estabelecido um protocolo de parceria entre os dois organismos sendo o projeto legitimado e consequentemente é-lhe atribuído financiamento por parte do Programa Operacional Saúde XXI<sup>33</sup>, para dar corpo a um conjunto de ações formativas na área da Qualidade com o intuito de dar suporte técnico ao projeto MoniQuOr.CAT.

No mesmo ano, e tendo em conta que o projeto mereceu a aprovação por parte dos órgãos centrais do SPTT é criado um Grupo de Trabalho com o propósito de difundir a metodologia e congregar os profissionais em torno do projeto.

Assim, durante 2002 e 2003 divulga-se o projeto MoniQuOr.CAT junto dos coordenadores dos CAT, promovem-se várias reuniões de trabalho com o propósito de difundir a iniciativa e criar condições para que ao nível de cada CAT seja criado um Grupo

---

<sup>32</sup> Instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde consistia num conjunto de 163 critérios, organizados em seis áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos), que permitem a autoavaliação, a avaliação interpares e a avaliação externa. Após a validação dos critérios em 2004, o processo inicia-se por uma autoavaliação voluntária e uma avaliação cruzada e posteriormente uma avaliação externa.

<sup>33</sup> A DRC submeteu o projeto MoniQuOr.CAT a financiamento por parte do Programa Operacional Saúde XXI – medida 2.3 na data de 12.06.2002. Por razões burocráticas só em 16-10-2003 é que se recebeu a comunicação do despacho de aprovação do Sr. Ministro da Saúde, dando conta que o MoniQuOr.CAT tinha merecido parecer favorável ao financiamento (despesa publica elegível: 21.098,29€) a 75%. Por sua vez, o IQS – Instituto da Qualidade em Saúde, confirmou a sua disponibilidade para cofinanciar em 25% as despesas elegíveis, ao abrigo da dotação do seu PIDDAC, ficando assim, reunidas as condições financeiras para que o projeto pudesse ser colocado em prática.

Facilitador que terá como missão coordenar a implementação da metodologia em estreita articulação com o Grupo de Trabalho.

Difundida a metodologia e conseqüentemente o processo formativo, a Comissão Executiva dá lugar a um Grupo de Trabalho (constituída por quatro profissionais) com a missão de acompanhar toda a metodologia de avaliação organizacional nos CAT e proceder à adaptação do referido instrumento de avaliação<sup>34</sup>.

A metodologia inerente ao instrumento de avaliação MoniQuOr.CAT pressupõe a existência de uma comissão de Avaliação<sup>35</sup> ao nível dos onze<sup>36</sup> CAT adstritos à DRC.

Assim, num primeiro momento de Autoavaliação foi efetuado um pré-teste, tendo sido escolhido o CAT da Figueira da Foz, pela particularidade de ter sido dos primeiros CAT a mostrar total disponibilidade para aplicar a metodologia, e por ser uma Unidade Funcional estruturalmente pequena.

Após recolha dos dados, sugestões e sanadas as ambiguidades do modelo, partiu-se para o ajustamento do modelo à realidade dos CAT, tendo sido efetuadas várias reuniões de consenso, com o objetivo último de lançar o modelo no ano de 2005.

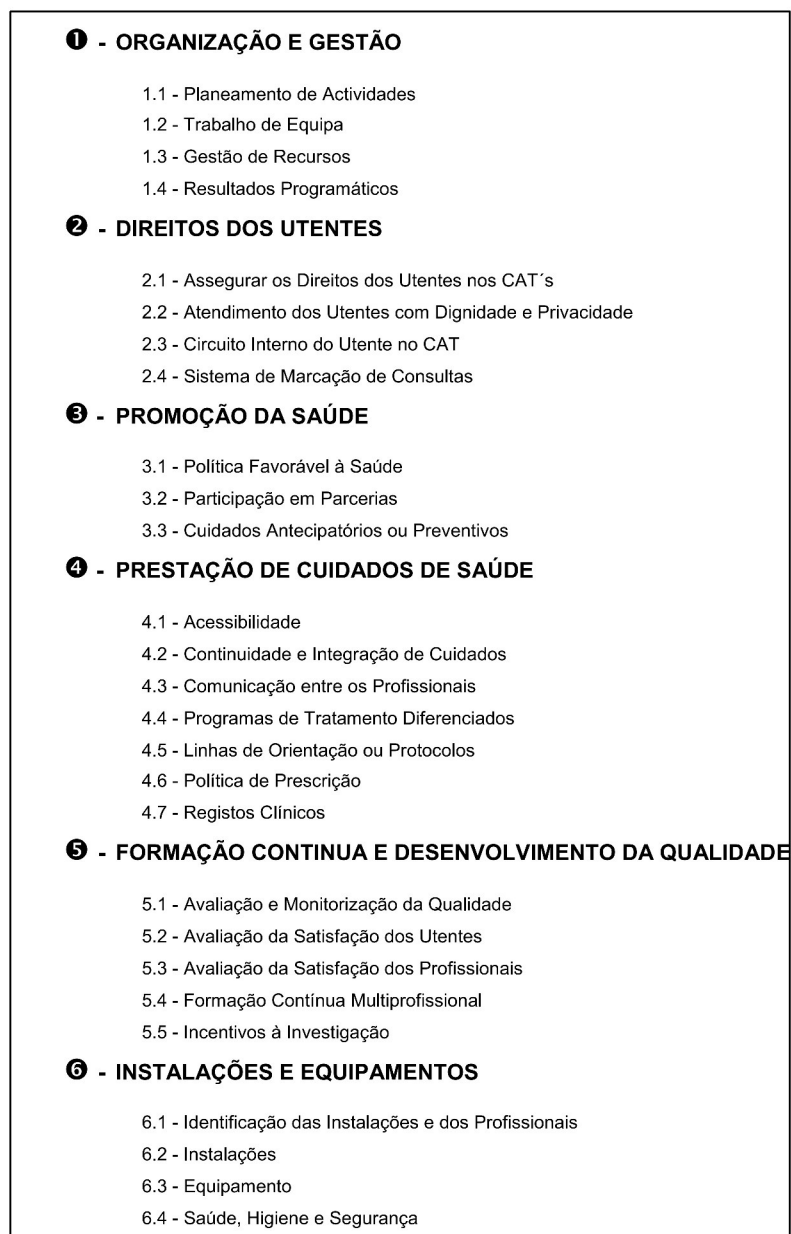
Para isso, foi elaborado um conjunto de critérios englobando diversas áreas (seis) e subáreas (vinte e nove) de intervenção que se desdobram em critérios (duzentos e dezasseis), perfazendo um total de seiscentos pontos possíveis, conforme ilustrado na Figura 11.

---

<sup>34</sup> Momentos de avaliação: 1.º - Autoavaliação; 2.º Avaliações cruzadas (entre Unidades Especializadas); 3.º - Avaliações externas.

<sup>35</sup> Configuração da Comissão de Avaliação: Mínimo de 3 pessoas que deve incluir diferentes grupos profissionais; só pode integrar no máximo um elemento da direção do CAT; Elementos aceites pela generalidade dos profissionais.

<sup>36</sup> CAT afetos à DRC: Aveiro, Castelo Branco; Coimbra; Covilhã, Figueira da Foz, Guarda, Leiria, Peniche, Pombal, Santa Maria da Feira e Viseu.



*Figura 11- MoniQuOr.CAT - Áreas e Subáreas (Fonte: adaptado do MoniQuOr CS, 1997)*

Assim, finda a fase de testes, lança-se no ano de 2005 o momento de autoavaliação nos onze CAT da DRC.

O modelo é caracterizado pela aplicação de um inquérito por questionário, ao qual após reunião de consenso, três elementos da comissão de avaliação pontuam os critérios subjacentes a cada área de intervenção do instrumento de avaliação da Qualidade organizacional, conforme se pode observar pela leitura da Tabela 4.

Tabela 4- Valorização dos critérios (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.C.S., 1997)

0.00	Não realizado Não concretizado	Nada de concreto, algumas boas ideias ou intenções mas sem concretização.
0.33	Parcialmente realizado Em progresso	Esboço de alguma concretização, avaliações ocasionais que permitem alguma melhoria. Pequenos nichos de realização.
0.67	Quase realizado Em progresso considerável	Sinais indiscutíveis de realização, de concretização. Avaliações regulares e sistemáticas. Não concretizado na totalidade.
1.00	Totalmente realizado Totalmente concretizado	Totalmente realizado. É difícil fazer melhor. Pode servir de modelo.

Por sua vez, o primeiro inquérito foi aplicado às várias equipas de autoavaliação (n=11), dispersas por onze CAT da DRC durante o ano de 2005, procurando refletir sobre as principais dificuldades e desafios no que concerne à aplicação e implementação do modelo. Assim sendo, relativamente à Organização e Gestão, tentou-se perceber, por parte dos membros avaliadores, qual o grau de Planeamento de atividade, Trabalho em Equipa, Gestão de Recursos e Resultados Programáticos.

Uma vez detentor da descrição estatística simples resultante da aplicação do inquérito por questionário (Autoavaliação), o Grupo de Trabalho realizou sucessivas reuniões entre a Comissão de Avaliação e as chefias dos CAT, no sentido de apurar os progressos e os constrangimentos ainda por ultrapassar, com o propósito de enquadrar algumas pretensões em sede de Plano de Atividades e sucessivamente preparar as condições tidas por convenientes para a realização do segundo momento de avaliação (avaliações cruzadas).

Por conseguinte, e ainda no ano de 2005, num segundo momento, procedeu-se à avaliação cruzada entre CAT, significando que cada comissão de avaliação avalia os seus pares, possivelmente baseado em valores tomados como ótimos para si mesmo.

Assim, entende-se como avaliação cruzada a avaliação na qual cada comissão de avaliação além de se avaliar a si própria, isto é, deve avaliar de acordo com sua própria escolha de valorações para os critérios subjacentes ao modelo, é avaliada também pelas demais comissões de avaliação, utilizando a estrutura de valorações de indicadores dos demais departamentos. A metodologia subjacente de quem avalia quem, foi ditada por sorteio a cargo da Comissão Executiva em sede de formação interna.

Importa referir que os dois momentos de avaliação foram finalizados com uma entrevista aos Coordenadores dos CAT, por forma a implicar as chefias no processo avaliativo e consequentemente validar as opções estratégicas no sentido de ultrapassar as pontuações

menos conseguidas, tendo o processo de avaliação sido fechado com a produção de um relatório final pela Comissão de Avaliação, remetido ao Grupo Regional de Apoio para validação dos resultados e divulgação dos mesmos.

Em síntese, neste contexto estratégico a nível regional, a implementação do MoniQuOr.CAT foi assumida como um objetivo no Plano de Atividades de 2002, com vista à inclusão da Instituição num ciclo de melhoria contínua pela Qualidade Total.

Assim, o IDT pretendeu assim iniciar um novo processo na gestão organizacional contando com a envolvimento de todos os colaboradores enquanto premissa chave do projeto.

### 6.5.2. Fases do Projeto

O projeto MoniQuOr.CAT aplicado no SPTT-DRC foi composto por um plano subdividido em cinco eixos, compreendendo desde o próprio planeamento até à apresentação dos resultados e fidedignidade das avaliações efetuadas.

Com algum desfasamento temporal face ao inicialmente previsto, o Grupo Regional de Apoio conseguiu levar a bom porto o objetivo traçado inicialmente pela Comissão Executiva.

Contudo, face às contingências da instituição acabou-se por não se conseguir implementar as auditorias externas, com auditores credenciados para o efeito, com o intuito de validar perante terceiros o trabalho desenvolvido internamente.

Assim, descrevemos na Tabela 5 as sucessivas fase do projeto MoniQuOr.CAT.

Tabela 5- Etapas da Autoavaliação na DRC (Fonte: adaptado de MoniQuOr.CAT, 2001)

ETAPAS	CALENDARIZAÇÃO
<b>I. Planeamento da auto-avaliação</b>	
• Apresentação do projeto em sede de reunião de Direção;	outubro de 2001
• Recolha de documentação relacionada;	outubro de 2001
• Inclusão do projeto em sede de Plano de Atividades;	outubro de 2001
• Constituição da Comissão Executiva;	janeiro de 2002
• Criação do Grupo Regional de Apoio;	janeiro a março de 2002
• Criação das Comissões de Apoio nos CAT;	janeiro a março de 2002
• Implementação de protocolo de parceria com o IQS.	março de 2002
<b>II. Apresentação da CAF à organização</b>	
• Apresentação do MoniQuOr.CAT aos coordenadores e colaboradores;	janeiro a março de 2002
• Candidatura do projeto ao FSE;	junho de 2002
• Aprovação da Candidatura;	outubro de 2003
• Formação.	novembro de 2004
<b>III. Preenchimento da grelha de auto-avaliação</b>	
• Reunião da equipa de AA para identificação dos critérios;	março de 2004
• Aplicação de préteste;	março de 2004
• Realização do 1º Momento de avaliação (Autoavaliações);	janeiro a março de 2005
• Reunião das equipas de AA ;	janeiro a março de 2006
• Implementação de medidas corretoras;	janeiro a março de 2007
• Realização do 2º Momento de avaliação (Avaliação Cruzada);	abril a maio de 2007
• Implementação de medidas corretoras;	abril a maio de 2008
• Reunião das equipas de AA.	abril a maio de 2009
<b>IV. Análise de Resultados</b>	
• Análise dos resultados;	outubro de 2007
• Elaboração do plano de melhoria;	outubro de 2007
• Elaboração do relatório final.	outubro de 2007
<b>IV. Apresentação dos resultados da auto-avaliação</b>	
• Apresentação dos resultados ao gestor de topo;	dezembro de 2007
• Apresentação dos resultados aos gestores intermédios e colaboradores.	dezembro de 2007

### **6.5.3. Apresentação do Projeto aos Colaboradores e Formação Inicial**

Após ter sido apresentado o projeto em outubro de 2001 à Delegada Regional do SPTT e merecida concordância, foi traçado um plano de formação na área da Qualidade, financiado via Fundo Social Europeu (FSE).

Foi ministrada formação inicial de âmbito geral sobre Qualidade e posteriormente, formação específica sobre modelos de Gestão da Qualidade, permitindo aos formandos adquirir conhecimentos mais avançados sobre como implementar e gerir um processo de Gestão da Qualidade, baseado no modelo da EFQM. O plano de formação interno ainda contou com ações de formação para vários colaboradores dos CAT com responsabilidades na gestão e condução do processo no domínio das auditorias de Qualidade, para que pudessem efetuar as avaliações cruzadas e auditorias supostamente a cargo de entidades externas.

Para além do suporte documental fornecido pelos formadores, foi também fornecido aos formandos e às várias Comissões de Apoio de implementação ao projeto um CD contendo o questionário, guia de entrevista e de pontuação, bem como, um aplicativo para pontuar o modelo.

O veículo privilegiado para difundir a informação junto dos colaboradores da instituição em torno do projeto foram as sucessivas e progressivas ações de formação em qualidade.

### **6.5.4. Reuniões de Avaliação**

Terminado o período formativo e a fase de consolidação do modelo, em consequência dos contributos gerados ao nível de cada CAT, pós validação por parte do Grupo Regional de Apoio, partiu-se para avaliação do modelo propriamente dito.

Do protocolo de avaliação constam orientações sobre como efetuar uma reunião preliminar para ensaiar a metodologia de autoavaliação e acertar os passos seguintes.

Relativamente à avaliação individual, cada elemento da Comissão efetua uma pontuação individual e totalmente independente, critério a critério.

Posteriormente, os elementos da Comissão reunidos em Reunião de Consenso obtêm o resultado final que representa fielmente o consenso gerado na Comissão.

Os resultados quantitativos emergentes do consenso foram posteriormente introduzidos na folha designada recolha de dados.

A Comissão face aos dados obtidos efetuou uma reunião pós-resultados: depois da autoavaliação realizada, propondo que sejam selecionadas as áreas cuja pontuação obtida tenha sido inferior a 50 pontos, assim como os critérios cuja pontuação foi igual ou inferior a 0,33, para se efetuar uma planificação das ações futuras com o objetivo de melhoria contínua da Qualidade.

No final do processo, a Comissão elaborou Relatório final, onde constava todos os parâmetros da avaliação.

Em suma, o projeto consubstanciou-se em seis fases, a saber: Fase 1 – Realização de um pré-teste (Validação dos Critérios); Fase 2 – Autoavaliação nos CAT; Fase 3 – Introdução de medidas corretivas; Fase 4 – Avaliações cruzadas (entre CAT); Fase 5 – Introdução de medidas corretivas; Fase 6 – Avaliações externas (certificação).

Todo o processo foi envolvido num processo de formação interna, tendo sido distribuído um guia de entrevista, um guião para aplicação da metodologia e demais instrumentos de avaliação e folha de cálculo para recolha e interpretação dos resultados.

Para se proceder à autoavaliação foi necessário possuir um modelo estruturado de base. O modelo que aqui se propôs foi, e como se disse, o modelo aplicado nos Centros de Saúde.

Para isso, foi elaborado um conjunto de critérios englobando diversas áreas (6) e subáreas (27) de intervenção dos CAT, conforme ilustrado de forma resumida na Figura 11 e que poderá ser analisada com mais pormenor em anexo, desdobrando-se nos seguintes itens: i. Organização e Gestão (1.1 - Planeamento de Atividades; 1.2 - Trabalho de Equipa; 1.3 - Gestão de Recursos; 1.4 - Resultados Programáticos); ii. Direitos dos Utentes (2.1 - Assegurar os Direitos dos Utentes nos CAT; 2.2 - Atendimento dos Utentes com Dignidade e Privacidade; 2.3 - Circuito Interno do Utente no CAT; 2.4 - Sistema de Marcação de Consultas); iii. Promoção da Saúde (3.1 - Política Favorável à Saúde; 3.2 - Participação em Parcerias; 3.3 - Cuidados Antecipatórios ou Preventivos); iv. Prestação de Cuidados de Saúde (4.1 – Acessibilidade; 4.2 Continuidade e Integração de Cuidados; 4.3 - Comunicação entre os Profissionais; 4.4 - Programas de Tratamento Diferenciados; 4.5 - Linhas de Orientação ou Protocolos; 4.6 - Política de Prescrição; 4.7 - Registos Clínicos); v. Formação Contínua e Qualidade (5.1- Avaliação e Monitorização da Qualidade; 5.2 -

Avaliação da Satisfação dos Utentes; 5.3 - Avaliação da Satisfação dos Profissionais; 5.4 - Formação Contínua Multiprofissional; 5.5 - Incentivos à Investigação); vi. Instalações e Equipamento (6.1 - Identificação das Instalações e dos Profissionais; 6.2 – Instalações; 6.3 – Equipamento; 6.4 - Saúde, Higiene e Segurança).

A autoavaliação, conforme processo descrito na Figura 12 envolve uma apreciação regular e sistemática das atividades e dos resultados das Unidades de Saúde. Este processo permite às Unidades de Saúde distinguirem claramente os seus pontos fortes e as áreas nas quais necessitam introduzir melhorias, e podem racionalizar e rentabilizar os seus esforços.

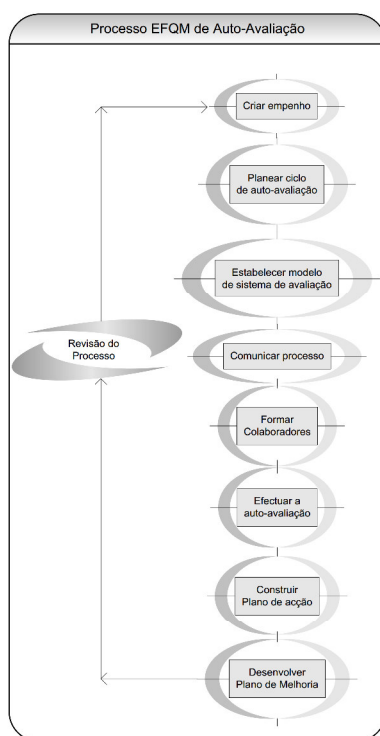


Figura 12- Processo EFQM de Autoavaliação (Fonte: Adaptado de MoniQuOr, 2001, p.12)

O processo de autoavaliação deve englobar três passos: i. Análise dos resultados obtidos; ii. Verificação da eficiência das atividades e práticas; iii. Detecção de áreas e oportunidades de melhoria.

Logo, os benefícios resultantes de um processo sistemático de autoavaliação incluem: i. A identificação dos processos realizados por comparação com padrões de referência; ii. Uma base sólida e detalhada para a recentragem e priorização de futuras ações e comparação com outras organizações, permitindo desta forma uma reflexão interna contínua e

estimulando os profissionais e as equipas a prosseguirem na busca da excelência e da melhoria contínua da qualidade.

O processo de autoavaliação é fundamental para que os profissionais possam assumir a responsabilidade pela sua aprendizagem e desenvolvimento, proporcionando uma oportunidade de refletir (e intervir) sobre o seu papel no seio da organização.

É importante identificarmos e avaliarmos as nossas competências, de forma a definirmos onde devem incidir os nossos esforços de melhoria contínua e qual o percurso a seguir. Neste sentido, apresentam-se oito fases do processo de autoavaliação:

- i. Criar compromisso (ou desenvolver a motivação): nesta fase inicial deverá promover-se o comprometimento das chefias de topo e intermédias para a utilização do modelo;
- ii. Planear o ciclo de autoavaliação – nesta segunda fase deverão identificar-se as áreas de atividade apropriadas para a aplicação da autoavaliação. Além de seleccionar os responsáveis para liderar o processo de autoavaliação, estabelecendo claramente as fronteiras dos setores seleccionados, deve-se também criar um plano de autoavaliação, com objetivos explícitos, princípios gerais e instruções, incluindo listas de comprovação;
- iii. Estabelecer o modelo – esta fase consiste em estabelecer as equipas para executar as autoavaliações segundo a metodologia definida em termos de pontuação e relatório de avaliação;
- iv. Comunicar o plano – continuar a envolver o maior número de profissionais com a divulgação dos objetivos do programa;
- v. Formar colaboradores – nesta fase deverá ser fornecida formação a todos os profissionais diretamente envolvidos no processo, nomeadamente em relação à metodologia a utilizar e à interpretação dos respetivos critérios a avaliar;
- vi. Efetuar a autoavaliação – fase de terreno em que se executa a avaliação propriamente dita pela comissão de avaliação;
- vii. Construir um plano de ação – fase fundamental em que é importante saber responder às seguintes questões: Quais são, dentro dos critérios mais cumpridos, aqueles que poderemos manter e desenvolver até ao máximo de

eficácia? Quais, são, dentro dos pontos fortes que identificamos, aqueles que poderemos desenvolver sem qualquer tipo de problema? Quais são, dentro dos itens que deveremos melhorar, aqueles que não temos intenção de abordar porque não são fundamentais para a nossa atividade? Além disso, será necessário estabelecer com clareza no plano de ação, os novos objetivos. Como serão atingidos? Com que métodos? E como se medirão os resultados futuros? Quais são, dentro dos itens que deveremos melhorar, aqueles que consideramos prioritários para serem absolutamente melhorados? Quais são, dentro dos itens que deveremos melhorar, aqueles que consideramos prioritários para serem absolutamente melhorados, mas não depende de nós essa melhoria? Como iremos gerir o nosso plano de atividades em função dos resultados obtidos?

- viii. Implementar o plano de ação – aqui após análise do respetivo plano de ação devem-se constituir equipas de melhoria e fornecer os recursos adequados. Reiniciar o processo se necessário com um novo ciclo.

## 6.6. Autoavaliação: MoniQuOr.CAT – Apresentação dos Resultados

Tendo em conta que a metodologia de avaliação (autoavaliação e avaliação cruzada) decorreram segundo as dinâmicas próprias internas de cada CAT, importa agora espelhar os resultados obtidos por áreas, tendo em conta os dados apurados relativamente a autoavaliação de 2005.

### 6.6.1. Pontuação da Área 1 – Organização e Gestão

Tabela 6- Área 1 – Organização e Gestão- apresentação de scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

<b>1 - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO</b>	<b>Aveiro</b>	<b>C.Branco</b>	<b>Coimbra</b>	<b>Covilhã</b>	<b>Fig.Foz</b>	<b>Guarda</b>	<b>Leiria</b>	<b>Peniche</b>	<b>Pombal</b>	<b>S.M.Feira</b>	<b>Viseu</b>
	50	39	52	39	48	49	39	37	50	44	42
1.1 - Planeamento de Actividades	21	15	29	11	21	21	15	20	21	22	21
1.2 - Trabalho de Equipa	17	13	12	12	16	13	8	11	16	12	12
1.3 - Gestão de Recursos	7	6	7	11	6	10	9	4	6	6	8
1.4 - Resultados Programáticos	6	5	3	5	5	4	6	2	7	4	2

Assim, apraz dizer que relativamente à Tabela 6 o CAT que obteve melhor pontuação relativamente à área em apreço foi o CAT de Coimbra, com uma pontuação de 52 em 100 pontos possíveis, sendo certo que o CAT de Peniche obteve a pontuação mais baixa relativamente a esta área em avaliação. Esta tabela também ilustra bem a possibilidade de

criar sinergias entre CAT em busca das melhores práticas que poderão conduzir a um desempenho superior.

### 6.6.2. Pontuação da Área 2 – Direitos dos Utentes

Tabela 7- Área 2 – Direitos dos Utentes - apresentação de scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

2 - DIREITOS DOS UTENTES	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	32	21	50	32	59	36	32	39	69	53	57
2.1 - Assegurar os Direitos dos Utentes nos CAT's	9	7	13	5	21	4	4	0	23	17	8
2.2 - Atendimento dos Utentes com Dignidade e Privaci.	6	5	5	8	9	8	9	8	11	7	10
2.3 - Circuito Interno do Utente no CAT	5	3	4	1	8	6	5	5	9	5	11
2.4 - Sistema de Marcação de Consultas	12	6	28	18	20	18	14	26	26	24	28

Relativamente à Tabela 7 importa referir que o CAT de Pombal obteve uma pontuação superior (69 pontos) relativamente aos demais, sendo que o CAT de Castelo Branco obteve a pontuação mínima (21 pontos).

Ainda relativamente à Tabela 7 importa referir que existiu uma variabilidade maior na forma como as comissões de avaliação avaliaram os direitos dos utentes, sendo certo que existe a necessidade de refletir sobre esta problemática.

### 6.6.3. Pontuação da Área 3 – Promoção da Saúde

Tabela 8- Área 3 – Promoção da Saúde - apresentação de scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	60	35	55	56	69	72	48	53	77	57	65
3.1 - Política Favorável à Saúde	12	7	13	7	12	13	4	9	17	15	11
3.2 - Participação em Parcerias	17	9	20	15	17	20	17	21	13	13	20
3.3 - Cuidados Antecipatórios ou Preventivos	31	19	21	35	40	39	27	23	47	29	35

Tendo em conta a Tabela 8 e analisando a política de promoção da Saúde do público-alvo dos CAT verifica-se que o CAT de Pombal é o mais proativo nesta dinâmica, tendo obtido a pontuação máxima de 77 pontos. O CAT de Castelo Branco obteve na avaliação desta área a pontuação mínima de 35 pontos.

É de salientar que existiu uma variabilidade nas pontuações relativamente a esta problemática de CAT para CAT, mas apesar da variabilidade das pontuações, importa referir que foi nesta área que se obteve a melhor pontuação, tendo em conta as seis áreas em apreço, o que reflete a dinâmica dos CAT em matéria de promoção da saúde face a outras áreas em análise. Verifica-se ainda que, de uma maneira geral, os CAT da DRC

estão abertos a iniciativas com a comunidade, como se pode verificar pela pontuação obtida ao nível da Subárea 3.2 - Participação em Parcerias.

#### 6.6.4. Pontuação da Área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde

Tabela 9- Área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde - apresentação de scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

<b>4 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE</b>	<b>Aveiro</b>	<b>C.Branco</b>	<b>Coimbra</b>	<b>Covilhã</b>	<b>Fig.Foz</b>	<b>Guarda</b>	<b>Leiria</b>	<b>Peniche</b>	<b>Pombal</b>	<b>S.M.Feira</b>	<b>Viseu</b>
	59	52	57	55	72	68	42	69	62	55	67
4.1 - Acessibilidade	3	3	3	3	4	4	1	3	5	2	2
4.2 - Continuidade e Integração de Cuidados	3	3	2	2	4	3	1	2	4	2	3
4.3 - Comunicação entre os Profissionais	2	2	4	3	5	3	2	4	2	3	4
4.4 - Programas de Tratamento Diferenciados	26	26	29	30	34	32	24	34	30	23	35
4.5 - Linhas de Orientação ou Protocolos	2	2	3	2	2	1	1	2	4	1	1
4.6 - Política de Prescrição	3	2	2	4	4	4	0	1	2	3	3
4.7 - Registos Clínicos	20	15	15	11	20	21	13	23	15	20	20

Relativamente à Tabela 9 em que se espelha os resultados obtidos ao nível da prestação de cuidados de saúde importa firmar que o CAT da Figueira da Foz obteve a melhor pontuação (72 pontos) no conjunto dos 11 CAT da DRC. O CAT de Leiria obteve o resultado mais sofrível (42 pontos) e com um diferencial de 30 pontos relativamente ao CAT melhor pontuado. Esta dinâmica tem uma razão de ser, tanto mais que o CAT de Leiria é dos CAT com maior número de utentes e com maior área de intervenção e com vários constrangimentos de pessoal a nível interno.

#### 6.6.5. Pontuação da Área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade

Tabela 10- Área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade - apresentação de scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

<b>5. FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE</b>	<b>Aveiro</b>	<b>C.Branco</b>	<b>Coimbra</b>	<b>Covilhã</b>	<b>Fig.Foz</b>	<b>Guarda</b>	<b>Leiria</b>	<b>Peniche</b>	<b>Pombal</b>	<b>S.M.Feira</b>	<b>Viseu</b>
	49	37	53	44	51	31	32	50	41	47	32
5.1 - Avaliação e Monitorização da Qualidade	1	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0
5.2 - Avaliação da Satisfação dos Utentes	5	3	4	3	7	1	0	2	4	2	1
5.3 - Avaliação da Satisfação dos Profissionais	2	2	4	3	4	2	0	3	3	5	3
5.4 - Formação Contínua Multiprofissional	40	30	42	37	37	28	30	44	33	37	28
5.5 - Incentivos à Investigação	1	1	2	1	1	0	2	1	1	2	0

Tendo em conta os dados evidenciados na Tabela 10 constata-se o esforço que a DRC tem realizado para providenciar formação aos seus profissionais, com o CAT de Coimbra a evidenciar uma pontuação máxima de 53 pontos.

Contudo, com esta área analisada na perspetiva das subáreas verifica-se que existe muito espaço de progressão em matéria de avaliação e monitorização da qualidade organizacional a par dos incentivos à investigação.

### 6.6.6. Pontuação da Área 6 – Instalações e Equipamentos

Tabela 11- Área 6 – Instalações e Equipamentos - apresentação de scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

6 - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
6.1 - Identificação das Instalações e dos Profissionais	6	7	8	7	8	9	6	7	9	8	9
6.2 - Instalações	16	19	12	22	24	11	17	16	20	29	22
6.3 - Equipamento	17	11	12	11	15	14	16	12	15	16	13
6.4 - Saúde, Higiene e Segurança	8	9	4	11	16	5	5	9	9	11	8

Verificamos pela análise da Tabela 11 que o CAT de Santa Maria de Feira apresentou a melhor pontuação 64 pontos em 100 pontos possíveis e o CAT de Coimbra apresentou o resultado mais sofrível, ou seja, 37 pontos.

Esta realidade é indiscutível, tanto mais que o CAT de Santa Maria da Feira possui instalações próprias e relativamente recentes e o CAT de Coimbra encontra-se instalado numa vivenda sem grandes condições de habitabilidade quer para utentes quer para funcionários.

### 6.6.7. Pontuação da Autoavaliação

Chegado o final do primeiro momento de avaliação (autoavaliação) importa fazer uma síntese em termos de resultados obtidos, conforme expresso na Figura 13.

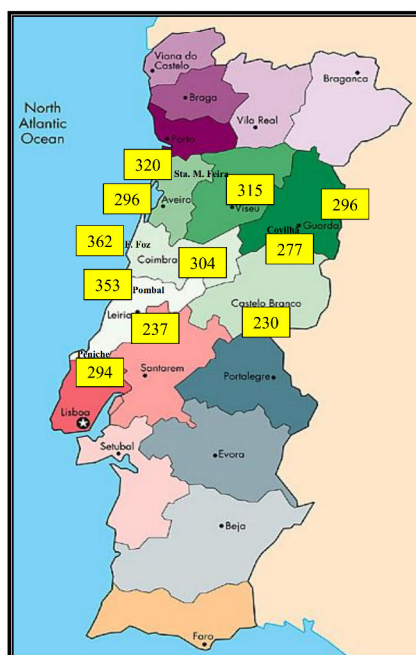


Figura 13 - Autoavaliação (2005) - Apresentação dos scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

Assim, face a estes resultados poderemos dizer que confirmam o que se pensa, o que se observa, e o que se comentou em sede de formação, o que traduz nalguma solidez e robustez das ferramentas utilizadas no processo avaliativo, descontando alguma inexperiência e impreparação da parte da instituição para adotar um modelo tão exigente como é o modelo da EFQM, muito embora o MoniQuOr.CAT se apresente como uma ferramenta muito simplificada deste modelo.

O Gráfico 1 elucida-nos para o potencial de crescimento que os CAT da DRC poderão obter por via do *Benchmarking*.

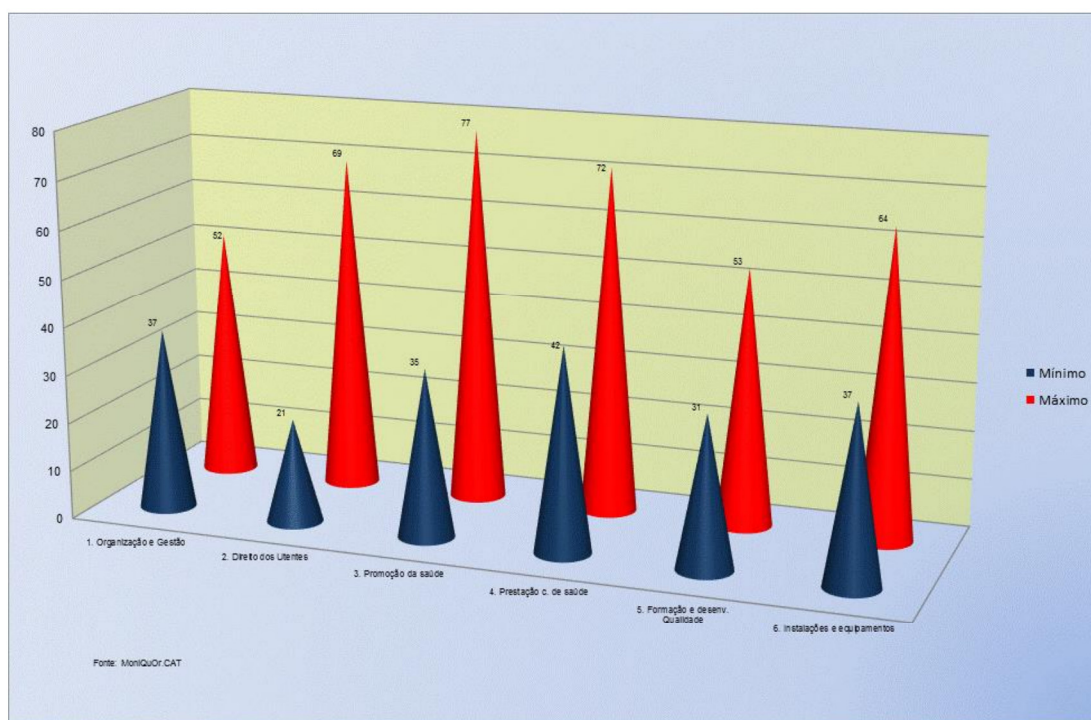


Gráfico 1- MoniQuOr.CAT - Mínimos vs. Máximos da Autoavaliação (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

Os colaboradores dos CAT na autoavaliação consideraram a área dos Direitos dos Utentes, como a área que a DRC presta menor atenção, tendo-lhe sido atribuída a pontuação de 21 pontos.

A Área que obteve melhor resultado na autoavaliação foi a área da Promoção da Saúde, tendo sido atribuída a esta Área a pontuação de 77 pontos, numa base de 100 pontos possíveis.

Ainda da leitura do Gráfico 1, para além de outras ilações que se possam tirar, podemos constatar que a Área dos Direitos dos Utentes obteve um mínimo de 21 e um máximo de

69 pontos, sendo a Área que apresenta uma maior amplitude nos resultados, sendo portanto, uma excelente área para que se possa fazer *benchmarking* interno.

As Áreas: Organização e Gestão, Direitos dos Utentes, Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade e Instalações e Equipamentos foram áreas em que a média da pontuação obtida ficou abaixo dos 50 pontos, ou seja, estão abaixo do valor aceitável ou expectável dos 50 em 100 pontos possíveis.

Assim, num cenário de crescente competitividade, as instituições de saúde são cada vez mais confrontadas com a necessidade de adotar ferramentas de gestão que lhes permitam diagnosticar os fatores críticos de negócio, com o objetivo de corrigir trajetórias e de fazer mais e melhor. O *benchmarking* existe para responder a esta necessidade e são muitas as organizações que o procuram como instrumento de apoio à melhoria do seu desempenho. O Gráfico 2 elucida-nos para esse potencial.

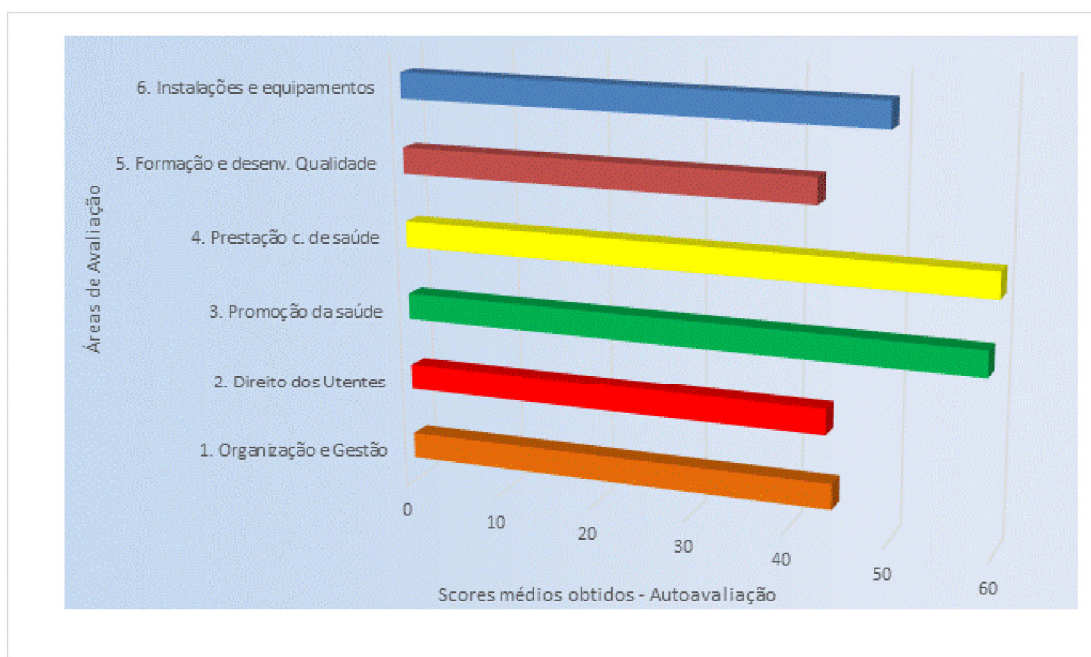


Gráfico 2- Scores médios obtidos na Autoavaliação (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

#### 6.6.8. Ações de Melhoria Identificadas

Face ao descrito na Secção 6.5.4 e de acordo com a metodologia subjacente ao MoniQuOr.CAT, a Comissão selecionou as áreas cuja pontuação obtida tenha sido inferior a 50 pontos, assim como os critérios cuja pontuação foi igual ou inferior a 0,33, para se

efetuar uma planificação das ações futuras com o objetivo de melhoria contínua da qualidade.

Assim, foram estabelecidos critérios para operacionalizar as oportunidades de melhoria contínua da Qualidade, tendo em conta o caráter da autonomia dos CAT e da própria DRC, assente nos seguintes fatores: i. O impacto que terão nos objetivos ou no desempenho da organização; ii. A capacidade que a organização possui para a sua implementação considerando o tempo e os recursos a alocar; iii. A relevância para a satisfação dos cidadãos/clientes da organização quer internos, (colaboradores) quer externos.

### **6.6.9. Ações de Melhoria Prioritárias**

Como ações de melhoria prioritárias para os CAT da DRC foram elencados os seguintes Critérios-alvo de melhoria, a saber:

#### **1 – Organização e Gestão:**

- i. Criação de condições de envolvimento dos colaboradores na definição de objetivos estratégicos e operacionais, em consonância com instrumentos de gestão, nomeadamente, Plano e Relatório de Atividades e Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP);
- ii. Elaboração de Manuais de Procedimentos dos Serviços;
- iii. Afetação de recursos humanos indispensáveis à persecução da Missão dos CAT;
- iv. Definição de procedimentos para que a informação relacionada com o desempenho e movimento assistencial aos utentes possa fluir e possa estar disponível aos técnicos para discussão de casos clínicos;
- v. Difusão atempada de informação relacionada com reuniões de serviço e respetiva ordem de trabalhos.

#### **2 – Direitos dos Utentes:**

- i. Afixação em placard de informação para os utentes, onde conste direitos e deveres dos utentes; circuito interno do utente; horários de atendimento;

- ii. Difusão de informação à comunidade onde conste, tipos de serviços prestados no CAT e formas de articulação com consultas externas;
- iii. Implementação de um procedimento de recolha e tratamento das sugestões/reclamações dos utentes;
- iv. Implementação de um sistema de marcação de consultas com monitorização de tempos de espera.

### 3 – Promoção da Saúde:

- i. Divulgação aos utentes da possibilidade de acompanhamento dos seus filhos;
- ii. Implementação de um procedimento de melhoria dos mecanismos de controlo de presenças/faltas às consultas marcadas em Serviços Externos.

### 4- Prestação de Cuidados de Saúde:

- i. Solicitação ao Município a reserva de estacionamento na via pública reservados aos utentes do CAT;
- ii. Realização de atas de reuniões multiprofissionais;
- iii. Definição por escrito de linhas de orientação e protocolos clínicos;
- iv. Maior controlo analítico dos utentes em Programa de Substituição;
- v. Melhoria da organização do processo clínico com divisão por áreas profissionais, bem como maior realização dos registos por parte dos técnicos;
- vi. Operacionalização de consultas diferenciadas para crianças e/ou adolescentes, filhos de toxicodependentes;
- vii. Criação da consulta do dia, permitindo o atendimento de utentes já inscritos no CAT no próprio dia, em situações específicas e a regulamentar;
- viii. Implementação de um programa de monitorização das presenças/ausências às consultas de referência;
- ix. Implementação de um programa de avaliação periódica trimestral dos doentes em psicoterapia;
- x. Monitorização da organização e da Qualidade dos registos clínicos dos utentes.

## 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade:

- i. Passagem de questionários periódicos de avaliação de satisfação dos utentes e profissionais, com posterior análise e tratamento dos resultados;
- ii. Dinamização das reuniões clínicas;
- iii. Criação de incentivos para os técnicos procederem à publicação de trabalhos de investigação;
- iv. Implementação de um programa de formação contínua com sessões de treino multidisciplinares.

## 6. Instalações e Equipamentos:

- i. Desobstrução da saída de emergência;
- ii. Dotação nos CAT de rampa de acesso a deficientes motores;
- iii. Informatização de gabinetes de material informático;
- iv. Operacionalização do plano de emergência.

Em termos gerais, elencamos alguns contributos provenientes das Comissões de Avaliação que selecionaram Áreas e Critérios com pontuações mais sofríveis, com o propósito de planificar ações com vista à melhoria contínua da Qualidade.

### **6.7. Avaliação Cruzada: MoniQuOr.CAT – apresentação dos resultados**

A avaliação cruzada entre CAT significa que cada CAT se avalia a si e aos seus pares, baseando-se em valores tomados como ótimos para si mesmo.

Assim, entende-se como avaliação cruzada a avaliação na qual os colaboradores de um determinado CAT além de avaliarem a si próprios, isto é, de se avaliar de acordo com os seus valores para os critérios subjacentes ao modelo, são avaliados também pelos seus pares, adstritos a outros CAT, ou seja, utilizando a mesma estrutura de valoração subjacente ao modelo.

Assim, nas subsecções seguintes espelham-se as pontuações obtidas nos onze CAT da DRC que durante o ano de 2005 se submeteram ao processo das avaliações cruzadas.

### 6.7.1. Pontuação da área 1 – Organização e Gestão

Tabela 12- Área 1 – Organização e Gestão (Auto vs. Cruzada) (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

1 - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	CAT	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	AUTO		50	39	52	39	48	49	39	37	50	44
CRUZADAS		58	33	47	38	57	43	26	38	36	58	40

Pela comparação dos resultados entre os dois momentos de avaliação pode concluir-se, numa primeira análise, conforme ilustrado na Tabela 12 que quatro (Aveiro, Figueira da Foz, Peniche e Santa Maria da Feira) dos onze CAT da DRC viram os seus critérios valorizados na avaliação cruzada face à autoavaliação sendo certo que sete CAT viram os seus méritos não reconhecidos aquando da realização da avaliação cruzada. Contudo, o CAT de Aveiro obteve os melhores *scores* tanto na autoavaliação como na avaliação cruzada. O caso mais atípico foi o CAT de Pombal que desceu catorze pontos face ao primeiro momento de avaliação.

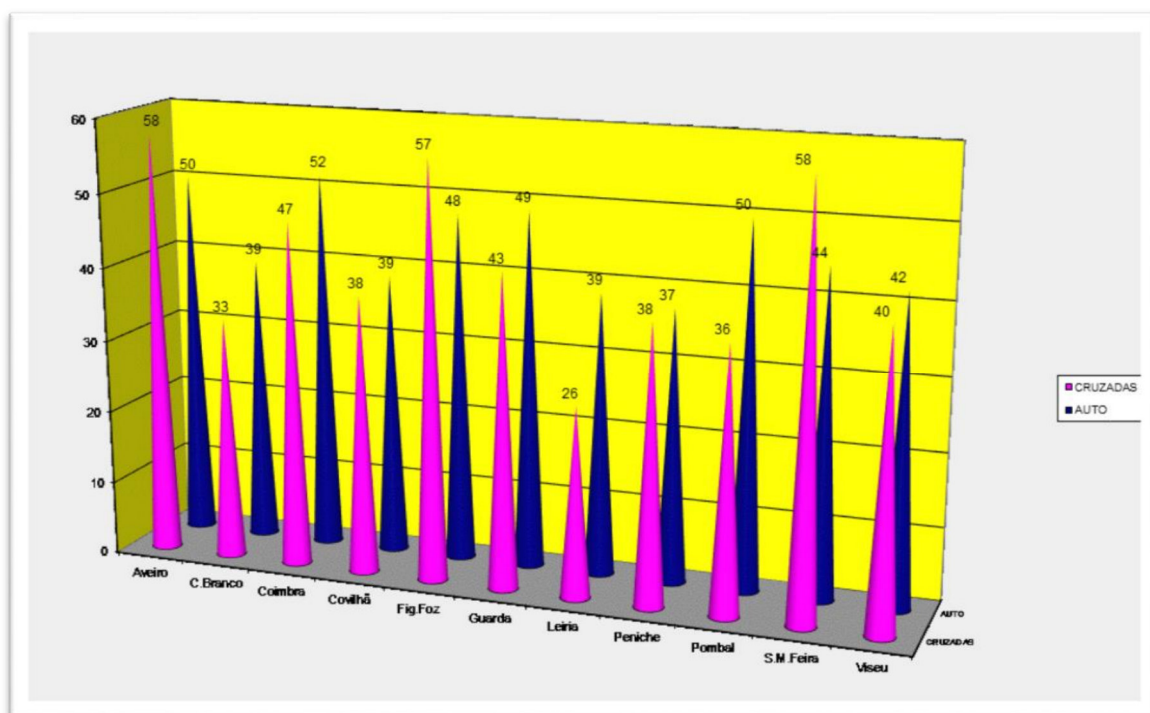


Gráfico 3- Autoavaliação vs. Cruzada: Área 1 – Organização e Gestão (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2015)

Pela observação dos dados plasmados no gráfico 3 pode constatar-se a enorme progressão que os CAT podem percorrer ao nível da Área Organização e Gestão.

### 6.7.2. Pontuação da área 2 – Direitos dos Utentes

Tabela 13- Área 2 – Direitos dos Utentes (Auto vs. Cruzada) (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

2 - DIREITOS DOS UTENTES	CAT	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	AUTO	32	21	50	32	59	36	32	39	69	53	57
	CRUZADAS	43	27	23	27	57	42	31	23	83	48	36

Pela análise da Tabela 13 e por comparação de *scores* obtidos entre os dois momentos de avaliação) constatou-se que os CAT que obtiveram melhores resultados na autoavaliação (Figueira da Foz e Pombal) mantiveram nas avaliações cruzadas os melhores resultados no seio da totalidade dos CAT da DRC. Contudo, o CAT de Coimbra viu o seu resultado descer na avaliação cruzada 27 pontos.

### 6.7.3. Pontuação da área 3 – Promoção da Saúde

Tabela 14- Área 3 – Promoção da Saúde (Auto vs. Cruzada) (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	CAT	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	AUTO	60	35	55	56	69	72	48	53	77	57	65
	CRUZADAS	65	20	45	51	76	60	67	44	77	75	63

Relativamente à Tabela 14 e por comparação de *scores* obtidos entre os dois momentos de avaliação, constatou-se que dos CAT que obtiveram melhores resultados na autoavaliação (Pombal e Guarda) só o CAT de Pombal viu o seu resultado confirmado na avaliação cruzada com a mesma pontuação (77 pontos). De referir ainda que o CAT de Castelo Branco, que obteve a pontuação mais sofrível na autoavaliação (35 pontos), viu a sua posição confirmada na avaliação cruzada com 20 pontos.

### 6.7.4. Pontuação da área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde

Tabela 15-Área 4 – Prestação de Cuidados de Saúde (Auto vs. Cruzada) (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

4 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	CAT	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	AUTO	59	52	57	55	72	68	42	69	62	55	67
	CRUZADAS	62	42	47	57	73	58	44	47	72	66	52

Pela análise da Tabela 15, verifica-se que o CAT da Figueira da Foz obteve melhor pontuação (72 pontos) aquando da realização da autoavaliação, tendo visto o seu mérito reconhecido aquando da realização da avaliação cruzada (73 pontos).

Verifica-se ainda que os CAT que obtiveram resultados mais sofríveis na autoavaliação (Castelo Branco e Leiria) viram esse resultado confirmado na avaliação cruzada.

### 6.7.5. Pontuação da área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade

Tabela 16- Área 5 – Formação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade (Auto vs. Cruzada) (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

5. FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE	CAT	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	AUTO	49	37	53	44	51	31	32	50	41	47	32
	CRUZADAS	60	40	45	41	53	36	25	37	42	50	40

Face aos dados apresentados na Tabela 16, o CAT da Figueira da Foz viu os seus resultados confirmados aquando da realização dos dois momentos de avaliação e o mesmo aconteceu com os CAT que obtiveram os resultados mais sofríveis nos dois momentos de avaliação. O CAT de Peniche na avaliação cruzada teve um decréscimo de 13 pontos face à autoavaliação.

### 6.7.6. Pontuação da área 6 – Instalações e Equipamentos

Tabela 17- Área 6 – Instalações e Equipamentos (Auto vs. Cruzada) (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

6 - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	CAT	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	AUTO	46	46	37	51	63	39	45	45	54	64	52
	CRUZADAS	57	53	42	50	66	40	53	50	63	70	52

Os resultados presentes na Tabela 17 demonstram e espelham a realidade evidenciada no terreno. O CAT de Santa Maria da Feira possui excelentes instalações, criadas de raiz com o propósito de tratar o público-alvo da DRC. Contudo o CAT da Figueira da Foz e o do Pombal, apesar de estarem instalados em locais adaptados a Unidades de Saúde, demonstram que com a adaptação de imóveis se podem criar condições para tratamento do público que procura os serviços da DRC, embora com algumas limitações. As pontuações atribuídas aos CAT da Guarda e Coimbra, nesta Área em particular, traduzem a realidade de serem unidades funcionais alocadas a espaços sem grandes condições quer para o público quer para funcionários.

### 6.8. Pontuação dos dois Momentos de Avaliação

Chegados ao final dos dois momentos de avaliação (autoavaliação e avaliação cruzada) importa fazer uma síntese em termos de resultados.

Tabela 18- Totais por áreas (Auto vs. Cruzada) (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2015)

TOTAIS	CAT	Aveiro	C.Branco	Coimbra	Covilhã	Fig.Foz	Guarda	Leiria	Peniche	Pombal	S.M.Feira	Viseu
	AUTO	296	230	304	277	362	296	237	294	353	320	315
	CRUZADAS	345	215	249	264	382	278	246	240	373	366	282

Em resumo, como se pode constatar quer pela leitura dos resultados na Tabela 18 ou pela observação das pontuações no Gráfico 4, os CAT da Figueira da Foz e Pombal, que obtiveram melhores pontuações na autoavaliação, viram o seu reconhecimento confirmado através da avaliação cruzada e o mesmo se passou relativamente aos CAT de Castelo Branco, Leiria e Peniche que obtiveram os resultados mais baixos nos dois momentos da avaliação.

Analisando os dados plasmados no Gráfico 4, relativo aos resultados dos dois momentos de avaliação (Auto e Avaliação Cruzada), verificou-se que os CAT da orla marítima e do eixo Viseu, Coimbra, Leiria apresentaram melhores resultados face aos CAT do interior do país. Estes resultados podem ser explicados pela incapacidade da DRC atrair a estes CAT coordenadores a tempo inteiro e/ou de recursos humanos diferenciados que promovam a mudança no seio da estrutura orgânica da DRC.

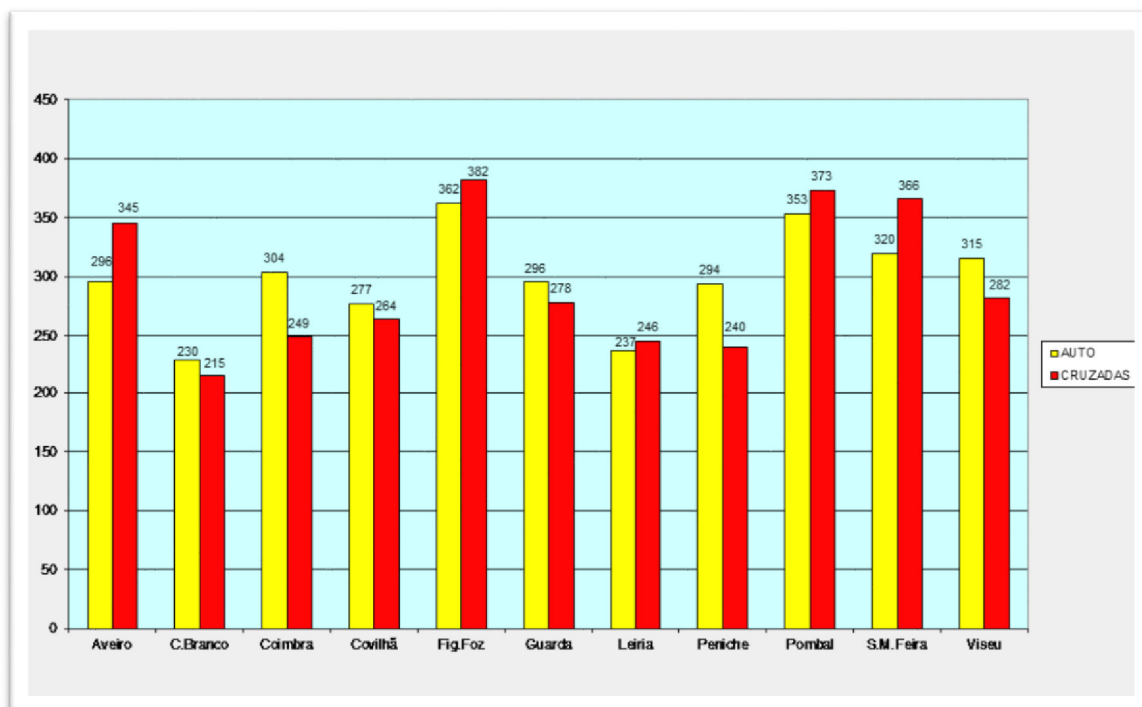


Gráfico 4- MoniQuOr.CAT - Resultados dos dois Momentos de Avaliação (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

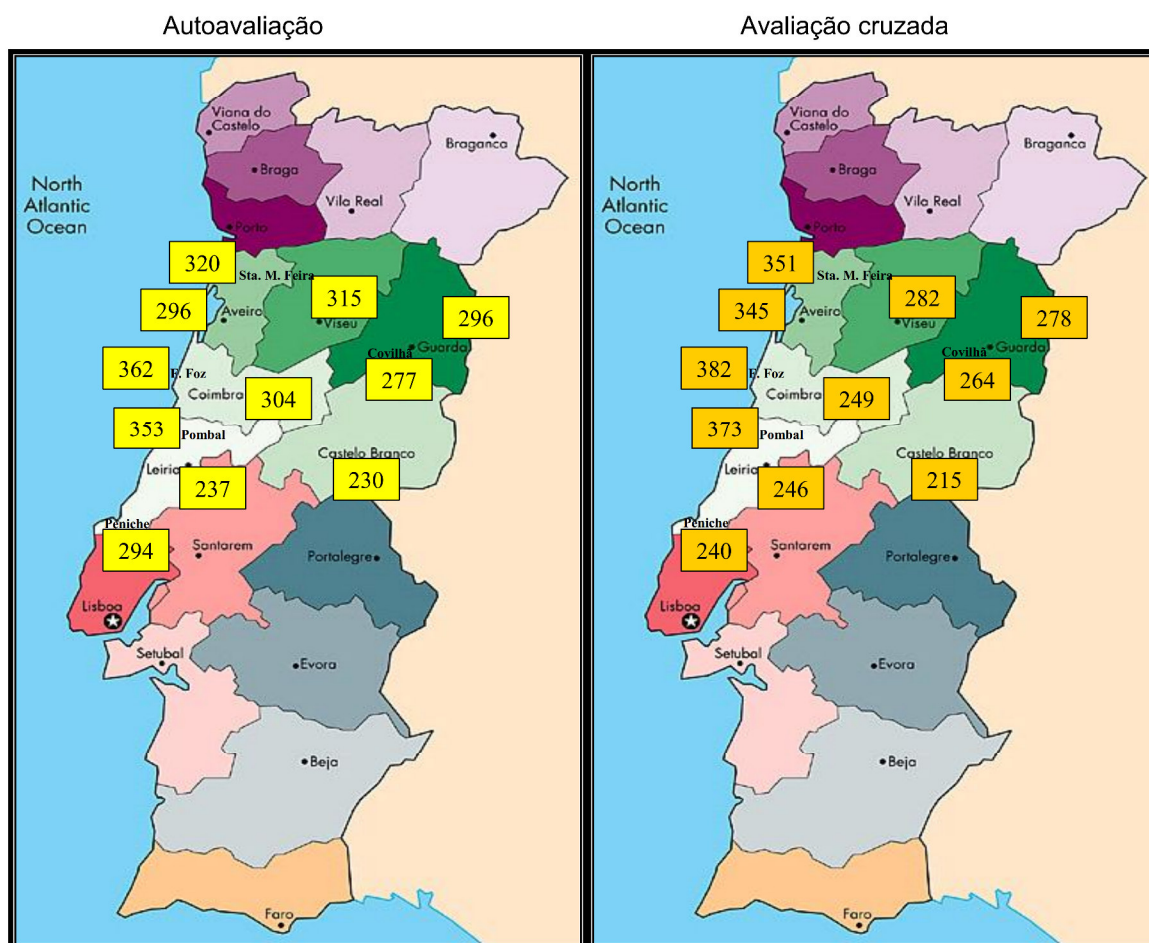


Figura 14- Avaliações - Apresentação dos scores por CAT (Fonte: Adaptado de MoniQuOr.CAT, 2005)

Em resumo, a Figura 15 elucida-nos para as pontuações obtidas pelos CAT da DRC, nos dois momentos de avaliação.

Assim, os resultados obtidos nos CAT da Figueira da Foz, Pombal, Santa Maria da Feira, Viseu e Coimbra refletiram o trabalho em equipa e a solidez das equipas multidisciplinares.

Dada a proximidade destes CAT junto de Unidades Hospitalares de referência, como por exemplo, os Hospitais Centrais da Universidade de Coimbra, Hospital de Aveiro e Leiria, podem fazer toda a diferença pela inclusão de recursos humanos provenientes de outras instituições de Saúde com dinâmicas e experiências diferenciadoras. Esta contribuição podia ter sido a alavanca necessária para que a DRC pudesse prosperar em termos qualitativos e quantitativos.

O modelo também nos elucidou para as fragilidades ao nível das instalações com exceção do CAT de Santa Maria da Feira que possui instalações adequadas à prática clínica.

## **6.9. Conclusão**

Este capítulo caracterizou-se pela apresentação dos principais diplomas legais que consagram a estrutura orgânica e objetivos organizacionais do IDT, permitindo ao leitor tomar conhecimento da sua dimensão e da sua complexidade, bem como, dos recursos humanos e financeiros envolvidos para dar resposta capaz ao público-alvo.

Assim, após uma breve introdução, o capítulo dividiu-se em mais oito secções. Na Secção 6.2., apresentaram-se os objetivos traçados pela Comissão Executiva relativos à implementação do projeto MoniQuOr.CAT para o IDT-DRC. Na secção seguinte (Secção 6.3.), apresentou-se a forma como o IDT está estruturado a nível nacional, tendo sido caracterizada as unidades orgânicas existentes na DRC. Na Secção 6.4. e a título de exemplo caracterizou-se as fontes de financiamento subjacentes ao orçamento relativas ao ano de 2007 para o IDT. Posteriormente na secção 6.5., descreveu-se as várias etapas que caracterizaram o projeto MoniQuOr.CAT, com especial ênfase para a descrição do instrumento de autoavaliação e metodologia de pontuação do mesmo. Nas três secções seguintes, apresentou-se os resultados decorrentes do processo de autoavaliação por áreas, onde foi ilustrado os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação por cada um dos CAT que aderiram à metodologia, cominando este capítulo com a conclusão.

Finalmente, no Capítulo 7 são apresentadas as conclusões e principais contributos, limitações e pistas que o presente Relatório de Atividade Profissional pode gerar para investigações futuras.

## **CAPÍTULO 7 – Conclusões**

### **7.1. Introdução**

As expectativas e exigências crescentes dos cidadãos face aos serviços públicos produziram uma atenção redobrada na classe dirigente face às questões da Gestão da Qualidade, modelos de avaliação da Qualidade e da satisfação do cliente/utente, encarando a Gestão da Qualidade, como instrumento eficaz no combate ao disfuncionamento orgânico, à baixa qualidade na prestação dos serviços, as ineficiências na utilização dos recursos e ao distanciamento da Administração Pública face aos cidadãos.

Vários desafios se têm vindo a colocar às instituições públicas, nomeadamente quanto à necessidade de definir novos modelos de relacionamento com os cidadãos que permitam aprofundar e estreitar uma relação, assentes em pressupostos de cooperação. A implementação e sistematização regulada de procedimentos numa organização assumem-se como objetivo primeiro de validação quer de atos administrativos quer na sistematização da informação.

Presentemente, a sociedade civil requer uma Administração Pública mais transparente, facilitadora do acesso dos cidadãos aos serviços públicos, pautada pelo cumprimento de estratégias, planos e políticas de desenvolvimento sustentável.

A prestação dos Serviços de Saúde, pela singularidade e significado do bem que é a Saúde, determina especificidades e particularidades das organizações que prestam estes mesmos cuidados, mas não o alheamento desta realidade do processo de ajustamento à mudança.

### **7.2. Impactos da implementação do MoniQuOr.CAT**

No âmbito da sua atividade profissional, levamos a efeito a elaboração deste Relatório de Atividade Profissional, dando a conhecer a forma como foi implementada uma metodologia assente na filosofia do modelo da EFQM, adaptada à realidade dos CAT do IDT-DRC, paralelamente constituindo uma base para a construção de um percurso profissional na área da gestão e administração de Unidades de Saúde.

Assim sendo, e tendo em conta que o objetivo geral deste Relatório foi dar a conhecer a implementação de um programa de avaliação da Qualidade organizacional, tendo por base

a metodologia da EFQM, foi possível aferir o estado organizativo dos CAT, nomeadamente, em domínios como a Organização e Gestão das Unidades, Direitos dos Utentes, Promoção e Prestação de Cuidados de Saúde, Formação e Investigação ou Instalação e Qualidade dos Equipamentos.

Por sua vez, implementou-se um plano de melhoria contínua da Qualidade organizacional, tendo por base um primeiro momento de avaliação (autoavaliação), seguido da implementação de ações de melhoria identificadas em critérios que obtiveram pontuações mais sofríveis e que mereceram o aval dos Coordenadores dos CAT em sede de reunião com a Comissão de Apoio ao projeto MoniQuOr.CAT.

Assim, pode dizer-se, que este primeiro momento de avaliação serviu de diagnóstico inicial, orientando a elaboração de um primeiro plano de ação, preparando o CAT para um segundo momento de avaliação (avaliação cruzada).

A implementação de um plano de avaliação organizacional e os resultados conseguidos com a introdução de medidas corretoras nos CAT gerou um movimento de agregação dos colaboradores em torno da Missão do IDT-DRC.

Por conseguinte, com a implementação do projeto MoniQuOr.CAT verificou-se que diferentes CAT se encontram em diferentes etapas relativamente às áreas alvo de estudo.

Assim, verificamos a título de exemplo que relativamente à temática relacionada com a proteção de direitos de utentes a existência de um CAT com pontuações muito próximas de valores máximos para esta subárea e a existência de um CAT com nenhuma atividade digna de apreço nesta matéria. Verificou-se ainda que relativamente a questões relacionadas com a gestão da Qualidade todos os CAT sem exceção, demonstraram a não existência de práticas relacionadas com esta problemática, exceção feita à subárea formação contínua que obteve pontuações muito aceitáveis e que confirma a prática do IDT-DRC em ministrar formação contínua ao longo da vida aos seus profissionais.

Acresce que, do trabalho realizado resultam contribuições para o Plano Estratégico como um roteiro para a sua implementação.

Deste modo, pode concluir-se que a avaliação da Qualidade organizacional, e em particular a utilização do MoniQuOr.CAT, pode trazer mais-valias para as organizações, através da

melhoria contínua, do aumento da satisfação dos clientes internos e externos, e o aumento da qualidade do serviço prestado.

### **7.3. Limitações do trabalho desenvolvido**

Considera-se como principal limitação deste trabalho, o facto do instrumento de avaliação organizacional (MoniQuOr.CAT) não ter sido validado por entidades externas com competência na área, a par de monitorização de todo o processo o que consequentemente traria vantagens inequívocas para as organizações na área da Saúde, traduzindo-se na implementação de opções estratégicas mais consolidadas.

A bibliografia existente à data sobre o modelo da EFQM era relativamente escassa, e a inexistência de casos de estudo disponíveis para possíveis comparações revelou-se um constrangimento à implementação do MoniQuOr.CAT.

### **7.4. Contributos do MoniQuOr.CAT no Percurso Profissional do Autor**

Tendo desenvolvido atividade profissional no Gabinete de Apoio Técnico do IDT-DRC, com responsabilidades na área do planeamento e estatística, o autor deste Relatório deparava-se com a ambiguidade dos dados que processava, preocupando-se cada vez mais com a sua qualidade, pois sabia que deficiente qualidade teria implicações na tomada de decisão.

Cedo se apercebeu ainda da necessidade de enveredar por um programa de melhoria contínua da Qualidade, com o intuito de responder à qualidade deficitária dos dados, mas também, da necessidade de moralizar internamente os funcionários e criar um referencial comum nas unidades funcionais da DRC, provando que se poderia fazer algo diferenciado em prol da sustentabilidade e racionalidade da Administração Pública, socorrendo-se da disponibilidade dos colaboradores.

Para o facto, foi implementando um extenso programa formativo em Gestão da Qualidade, permitindo a adesão voluntária dos colaboradores do IDT-DRC ao presente projeto.

Da implementação do projeto, o autor, para além de ter assimilado um conjunto de conhecimentos na área da Qualidade pela via formativa, viu o seu trabalho reconhecido internamente e fora da instituição, tendo sido convidado para implementar e acompanhar

projetos semelhantes. O autor está convicto que este projeto contribuiu fortemente para o conhecimento que possui atualmente da organização dos serviços da Administração Pública e para a consolidação do seu percurso profissional.

### **7.5. Recomendações para investigação futura**

É relevante retratar as dificuldades sentidas na implementação do MoniQuOr.CAT, pois trata-se de uma metodologia de autoavaliação assente no modelo de excelência da EFQM. Numa organização pautada por vários processos de reorganização dos serviços, em que os conceitos de Qualidade eram vagos, parece, de facto, não ter sido a melhor opção estratégica.

Assim, das dificuldades sentidas no decorrer do processo de implementação do MoniQuOr.CAT, destaca-se a falta de envolvimento das Direções (falta de sentido de pertença) na assunção do projeto como veículo para alavancar a intuição para patamares superiores de prestação de serviços de qualidade.

A instabilidade do quadro de pessoal dos CAT, com a conseqüente entrada e saída de colaboradores, imprimiu alguma instabilidade na consolidação das equipas de apoio ao projeto.

Contudo, o MoniQuOr enquanto instrumento de monitorização poderia ter tido um papel preponderante no realinhar da intervenção para a mudança alicerçado num pensamento “co-evolutivo”, recorrendo à comunicação transversal e a equipas semi-autónomas coordenadas por gestores dos diversos processos, com o intuito de melhorar “metodologias, métodos, técnicas e procedimentos” num claro compromisso de reduzir a despesa pública e alcançar ganhos de produtividade (Rodrigues L. , 2002, p. 223).

O IDT-DRC escolheu a via da “racionalidade linear” na alocação dos meios e na tomada das opções estratégicas, assente na autoridade formal em detrimento do uso de grupos de trabalho especializados por forma a introduzir conceitos de empreendedorismo, tendo em vista uma nova realidade nacional (ambiente transaccional de crescente incerteza), compatível com níveis de eficiência, de organização, modernização e de resultados, salvaguardando direitos dos cidadãos e satisfação das suas necessidades e expectativas (Rodrigues L. , 2002, p. 222).

Resumindo, os Organismos bem-sucedidos são aqueles em que a opção estratégica recai na avaliação contínua da qualidade organizacional, avaliando resultados (conceptualização da avaliação como elemento nuclear na avaliação dos Planos de Ação) face às normas dos serviços (*guidelines*) e utilizam essa informação para alterar procedimentos de gestão (introdução de medidas com vista ao aumento da eficácia e diminuição da variabilidade dos serviços com tradução na criação de uniformidade de procedimentos e existência de standards de atuação), reduzindo a dimensão dos custos e reprogramando opções estratégicas, consolidando progressos obtidos ou a institucionalização de novas soluções (Pollitt, 1998).

As palavras sibilantes do passado e do presente são: controlo dos custos e políticas restritivas, para as quais teria sido necessário responder com critérios de eficácia e eficiência no primado de transformar a cultura burocrática numa cultura empreendedora, alicerçada em sistemas de informação (*workflow*) que possibilitassem o retorno sobre o grau de eficiência dos recursos alocados e das estratégias implementadas, casando objetivos de desempenho de cada colaborador com a missão da instituição por forma a medir a eficácia das políticas preconizadas.

Assim, assistimos a um crescimento desmesurado do IDT, assente numa estrutura burocratizada, mostrando dificuldades de adaptação as perturbações emanadas de um ambiente complexo e incerto (Alexandre, 1998).

Recomenda-se por isso, que instituições que pretendam dar os primeiros passos no domínio da Gestão da Qualidade, por forma a prosseguir o caminho da Excelência, adotem instrumentos menos complexos, menos exigentes, de modo a que este caminho se percorra de forma consistente e consolidada.

Concluiu-se assim, que a implementação de metodologias de melhoria contínua, com base no modelo EFQM, parece ser uma alternativa válida como estratégia de melhoria da Qualidade nas organizações de Saúde. Pensa-se, que para investigações futuras, será útil desenvolver estudos que relacionem este modelo com outras unidades de Saúde nacionais em vários serviços.

Em síntese, de uma forma geral, a adoção de modelos de Gestão pela Qualidade Total apresenta um grande número de vantagens para as organizações públicas que prossigam a melhoria contínua, apesar de ser um processo que implica uma grande disponibilidade dos

colaboradores e uma constante atualização de acordo com os requisitos normativos do modelo adotado. As dificuldades sentidas serão muitas, mas as vantagens ao nível da melhoria de desempenho e do aumento de competitividade acabam por justificar o empenho de todos os colaboradores e, em particular, da gestão de topo neste tipo de desafio.

---

## Referências Bibliográficas

---

## Bibliografia

- Alexandre, M. (1998). Controlo e Avaliação: culturas diferentes em processo de convergência. *Avaliação na Administração Pública*. INA: Lisboa. pp. 177-189.
- Ambiente, A. P. (2015). *Agência Portuguesa do Ambiente*. <http://www.apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=143&sub2ref=734> (Consulta realizada em 2 de abril de 2015).
- ANI - Agência Nacional de Inovação. (2015). O que é a Gestão da Inovação? Obtido de <http://www.adi.pt/2400.htm> (Consulta realizada a 15 de janeiro de 2015).
- Antunes, E. (Dezembro de 2007). Ética, Administração e Gestão Pública: Gestão Pública e Accountability. INA: Porto. pp. 4 a 11.
- Antunes, M. (2001). *A Doença da Saúde*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Auchincloss, L. (2000). *Woodrow Wilson*. Penguin Lives.
- Baganha, M. I., & Ribeiro, J. S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. p. 182.
- Barzelay, M. (1992). *Breaking Through Bureaucracy - A New Vision for Managing in Government*. California: Berkeley: University of California Press.
- C.E. (2015). *Plano de acção "Administração em linha i2010 "*. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=URISERV:124226j&from=PT> (Consulta realizada a 15 de fevereiro de 2015).
- Caldeira, J. (2007). Balanced Scorecad (BSC) para quê? INA: Porto.
- Carvalho, C. S. (2008). *A Qualidade do Serviço Público*. Porto: FEP.
- Carvalho, C., & Amorim, M. (Junho de 2012). Manutenção Produtiva Total - Implementação na empresa Simoldes Plásticos. *III Encontro dos Investigadores da Qualidade*. APQ: Tria. p. 227.
- Chiavenato, I. (1999). *Introdução à Teoria Geral da Administração* (3ª ed.). Campus: Rio de Janeiro.
- Correia, R. A. (2015). Encargos com PPP sobem 60% mas ficam dentro do esperado. *Jornal Público*.

- Costa, S. P. (2013). *Passos para a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa Instituição de Ensino Superior*. Porto. p. 26.
- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, pp. 3-21.
- Creswell, J. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Crosby, P. B. (1979). *Quality is Free*. McGraw-Hill: New York.
- David, O., & Plastrik, P. (1997). *Banishing Bureaucracy: The Five Strategies For Reinventing Government*. Basic Books.
- DGAEP. (2014). *DGAEP*. <http://www.caf.dgaep.gov.pt/> (Consulta realizada a 15 de janeiro de 2015).
- DGS. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. p. 16.
- DiIulio, J. (1994). The Cultural Bases of Behavior in a Federal Government Bureaucracy. *Journal of Public Administration Research and Theory, Inc.*, 277-318.
- Drucker, P. F. (1968). *Prática de Administração de Empresas*. Fundo de Cultura: Rio de Janeiro.
- EFQM. (2013). O Modelo de Excelência da EFQM - EFQM Model 2013. (E. Publications, Ed.)
- Evans, J., & Lindsay, W. (2011). *The Management and Control of Quality* (8ª ed.). Cengage Learning.
- Ferreira, A. J. (2013). *Uma solução de Business Intelligence como contributo para a melhoria do processo de tomada de decisão na Gestão Financeira*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Goetsch, D. L. (1997). *Introduction to Total Quality: Quality Management for Production, Processing, and Services* (2ª ed.). Prentice Hall.
- Gonçalves, J. F. (2012). Sistematização de procedimentos e monitorização da consistência entre as políticas e o desempenho de uma autarquia: Estudo de caso de Vila Franca de Xira. III Encontro dos Investigadores da Qualidade. *APQ: Troia*. pp. 242-266.

- Guerra, A. M. (2000). *A Avaliação de Performance num Organismo de Saúde - Estudo e Caso*. Lisboa: INDEG/ISCTE.
- Hamer, M., & J. A. Champy. (1993). *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. Hammer Business Books: New York.
- Hespanha, P. (2008). Políticas Sociais: Novas abordagens, novos desafios. *Revista Ciências Sociais*, pp. 1-11.
- IDT (2007). Plano de atividades 2007. [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B4438278-A475-47B0-93D8-BD2BC62DD006/0/plano\\_actividades\\_07.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B4438278-A475-47B0-93D8-BD2BC62DD006/0/plano_actividades_07.pdf). (Consulta realizada em 15 de fevereiro de 2015).
- INA. (2014). Reforma do Estado e da Administração Pública. *Exposição bibliográfica 2014*.
- Juran, J. M. (1995). *Managerial Breakthrough: The Classic Book on Improving Management Performance*. McGraw-Hill.
- Ketll, D. (2000). *The global public management*. Washington: Brookings Institution's.
- Langroudi, Z. A. (s.d.).
- Leal, A. S. (1965). As políticas sociais no Portugal de hoje. *Análise Social*, pp. 925-943.
- Louro, A. C. (2009). *Balanced Scorecard, Modelo de Excelência EFQM e Common Assessment Framework, como instrumentos integrados de Gestão de Qualidade nos Serviços Públicos*. Universidade da Beira Interior: Covilhã. pp. 1-6.
- Luhmann, N. (1985). *Social Systems*. California: Stanford University Press.
- March, J., & Olsen, J. (1995). The logic of appropriateness. *Working papers*, pp. 30-31.
- Marques, R., & Silva, D. (2008). As Parcerias Público-Privadas em Portugal. Lições e. *Revista de Estudos Politécnicos*.
- Melão, N., & Guia, S. (2012). Impactos da implementação da norma ISO 9001:2008 nas IPSS: Estudo de casos múltiplos. *III Encontro dos Investigadores da Qualidade*. APQ: Troia. p. 277.

- Mendes, M. V. (2015). *A Reforma da Administração Pública em Portugal*. [http://www.stfpn.pt/arquivo/seminario7Maio/Texto\\_integral\\_Eng\\_VieiraMendes.pdf](http://www.stfpn.pt/arquivo/seminario7Maio/Texto_integral_Eng_VieiraMendes.pdf) (Consulta realizada a 3 de Janeiro de 2015).
- Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Escola de Saúde Pública: Lisboa.
- Minayo, M., & Sanches, O. (jul/sep de 1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? pp. 239-262.
- Moe, R. (1994). *The "Reinventing Government" Exercise: Misinterpreting the Problem, Misjudging the Consequences* (Vol. 54). American Society for Public Administration.
- Monteiro, A. S. (2000). *Qualidade dos Cuidados Hospitalares, A Voz dos Doentes*. FEUC: Coimbra.
- Mozzicafreddo, J., & Gomes, S. (2000). *Administração e Política: Perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos*. Celta: Oeiras.
- Mozzicafreddo, J. (1992). O Estado-Providência em Portugal. *Sociologia - Problemas e Práticas*, pp. 57-58.
- Mozzicafreddo, J. (2002). A Responsabilidade e a Cidadania na Administração Pública. *Sociologia, Problemas e Práticas* n° 40, 9-22.
- Mozzicafreddo, J. (2002). *Estado-Providência e cidadania em Portugal* (2ª ed.). Celta: Oeiras.
- Neuhauser, & Kovner. (1978). *Health Services Management: Readings and Commentary*. Mich., Health Administration Press.
- Niskanen, W. (1971). *Bureaucracy and representative government*. Aldine: New York.
- Norton, D., & Kaplan, R. (2009). *Prémio de Execução*. Actual Editora.
- O'Neill, H. (2008). Planeamento Estratégico de Sistemas de Informação. INA: Porto. pp. 5-6.
- OPSS. (2008). *Sistema de Saúde em Português: riscos e incertezas*. Mar da Palavra, Edições Lda.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government*. Addison Wesley.

- Ostrom, E. (1990). *GOVERNING THE COMMONS The evolution of institutions for collective action*. Cambridge University Press.
- Palombo, L. F. (2006). *Processos de Gerção da Inovação na Sociedade em Rede: Uma Abordagem em Engenharia Ontológica*. Universidade Católica do Paraná: Curitiba.
- Perrow, C. (1976). *Análise Orgazacional. Um Enfoque Sociológico*. Atlas: São Paulo.
- Peters, T. W. (1987). *Na Senda da Excelencia*. Dom Quixote: Lisboa.
- Pinho, J. G., & Sacramento, A. S. (2009). Accountability: já podemos traduzi-la para o Português? *Revista de Administração Pública*, pp. 1343-1368.
- Pinto, A., & Soares, I. (2009). *Sistemas de Gestão da Qualidade, Guia para a sua implementação*. Sílabo: Lisboa. p. 15.
- Pinto, F. (2007). *Balanced Scorecard*. Sílabo: Lisboa.
- Pinto, J. (2009). *Melhoria Contínua*. [http://www.slideshare.net/Comunidade\\_Lean\\_Thinking/melhoria-contnua](http://www.slideshare.net/Comunidade_Lean_Thinking/melhoria-contnua) (Consulta realizada a 2 de junho de 2014).
- Pires, A. R. (2000). *Qualidade - Sistemas de gestão da qualidade*. Sílabo: Lisboa.
- Pisco, L., & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários.
- Pitschas, R. (2001). *As administrações públicas europeia e americana na actualidade e o modelo alemão*. Celta Editora: Oeiras.
- Pollitt, C. (1998). Papéis alternativos para a avaliação no processo de reforma da gestão pública. *Avaliação na Administração Pública INA*: Lisboa. pp. 45-56.
- Postic, M. (1990). *Observação e Formação de Professores*. Almedina: Coimbra.
- Presidência do Conselho de Ministros. (1999). *Estratégia nacional de luta contra a droga*. Imprensa Nacional Casa da Moeda: Lisboa.
- Ribeiro, J. C. (02 de Março de 2012). Do papel do Estado na economia às práticas políticas concretas. *Economia Portuguesa*, 1-2.
- Ribeiro, J. C. (2012). Do papel do Estado na economia às práticas políticas concretas.
- Rocha, A. C. (2011). *Accountability na Administração Pública*. (E. F. Weffort, Ed.) Brasília.

- Rocha, J. A. (2014). *Gestão Pública e e Modernização Administrativa* (2ª ed.). INA: Lisboa.
- Rodrigues, C. M. (1999). O Perfil dos Dirigentes Face à Modernização da Gestão Pública: o caso do Ministério da Agricultura, Pescas e Alimentação. ISCTE: Lisboa.
- Rodrigues, L. (2002). Novos desafios à gestão pública. *A reivenção da função pública* INA: Lisboa. pp. 221-244.
- Santos, B. (2012). Estado social, estado providência e o bem-estar. *Diário de Notícias*.
- Santos, B. S. (1987). O Estado, A Sociedade e as Políticas Sociais - O Caso das Políticas de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais n° 23*, p. 13.
- Santos, B., & Ferreira, S. (2003). A reforma do Estado-Providência entre a globalizações conflituantes.
- Santos, F. F. (2014). *Conhecer a Crise: A crise tem muitas caras. Conheça os números*. <http://www.conheceracrise.com/indicador/89/divida-externa-bruta> (Consultado a 24 de Maio de 2014).
- Saúde, C. D. (2010). *portalcodgdh.min-saude.pt/*. <http://www.danielserrao.com/fotos/gca/Recomendacoes.pdf> (Consultado a 18 de Março de 2010)
- Saúde, D. G. (2014). *Direção Geral da Saúde*. <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=d4upjqjeqaxrtt45w45r4w45&cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> (Consulta realizada a 8 de Janeiro de 2014).
- Senge, R. R. (1990). *The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization*. Doubleday: New York.
- Serrão, D. (2012). *danielserrao.com*. Obtido de Recomendações para uma reforma estrutural: <http://www.danielserrao.com/fotos/gca/Recomendacoes.pdf> (Consulta realizada a 20 de Fevereiro de 2012).
- SICAD (2012). Políticas da droga em Portugal. <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>. (Consulta realizada em 06 de janeiro de 2015).

- Silva, A. (1997). *Estado Providência: O Modelo Político do Estado Moderno*. Finis terra.
- Silva, C. R., & Rodrigues, V. C. (2011). O que dizem os pacientes dos serviços privados de radiologia, Portugal. *Saúde e Sociedade*.
- Silva, I., & Sampaio, P. (2012). O modelo de excelência da EFQM: Implementação e impacto nas organizações. *III Encontro dos Investigadores da Qualidade*. APQ: Troia. pp. 175-176.
- Silva, P. A. (1997). Estado-Providência: O Modelo Político do Estado Moderno. *Finsiterra*, pp. 37-57.
- SINFIC. (2008). Modernização Administrativa na Administração Pública Central.
- Soares, J. E. (2009). Qualidade: tendências actuais e futuras. *Revista TQM*, pp. 19-32.
- Sousa, M. R. (1992). *Administração pública e direito administrativo em Portugal*. AAFDL: Lisboa.
- Sousa, S. (1997). *Tecnologias de Informação*. FCA - Editora Informática: Lisboa.
- Vidigal, L. (2013). A Reforma da Administração Pública à luz dos Sistemas de Informação. *13ª Conferência da Associação Portuguesa de Sistemas de Informação*. Fundação Luis de Molina: Evora. p. 18.
- Weisbord, M. R. (1978). *Organizational Diagnosis: A Workbook of Theory and Practice*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Woodrow, W. (1887). *The Study of Administration*. Political Science Quarterly.
- Yin, R. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications.

---

Anexos

---

**- Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional  
dos CAT's – IDT - DRC  
MoniQuOr.CAT's**

**❶ - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO**

- 1.1 - Planeamento de Actividades
- 1.2 - Trabalho de Equipa
- 1.3 - Gestão de Recursos
- 1.4 - Resultados Programáticos

**❷ - DIREITOS DOS UTENTES**

- 2.1 - Assegurar os Direitos dos Utentes nos CAT's
- 2.2 - Atendimento dos Utentes com Dignidade e Privacidade
- 2.3 - Circuito Interno do Utente no CAT
- 2.4 - Sistema de Marcação de Consultas

**❸ - PROMOÇÃO DA SAÚDE**

- 3.1 - Política Favorável à Saúde
- 3.2 - Participação em Parcerias
- 3.3 - Cuidados Antecipatórios ou Preventivos

**❹ - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

- 4.1 - Acessibilidade
- 4.2 - Continuidade e Integração de Cuidados
- 4.3 - Comunicação entre os Profissionais
- 4.4 - Programas de Tratamento Diferenciados
- 4.5 - Linhas de Orientação ou Protocolos
- 4.6 - Política de Prescrição
- 4.7 - Registos Clínicos

**❺ - FORMAÇÃO CONTÍNUA E  
DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE**

- 5.1 - Avaliação e Monitorização da Qualidade
- 5.2 - Avaliação da Satisfação dos Utentes
- 5.3 - Avaliação da Satisfação dos Profissionais
- 5.4 - Formação Contínua Multiprofissional
- 5.5 - Incentivos à Investigação

**❻ - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS**

- 6.1 - Identificação das Instalações e dos Profissionais
- 6.2 - Instalações
- 6.3 - Equipamento
- 6.4 - Saúde, Higiene e Segurança

## **❶ - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO**

*É responsabilidade dos órgãos de gestão promover um bom nível de prestação de cuidados, a humanização dos serviços e a satisfação dos utentes e dos profissionais, devendo ainda assegurar a produtividade e a eficiência.*

### **1.1 - PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES**

#### **1.1.1. Plano de actividades com objectivos realistas, exequíveis e quantificados, baseado nas necessidades da população.**

A - Existe caracterização da população alvo (área de influência).

B - Existe plano de actividades do presente ano.

C - No plano de actividades estão contempladas a acessibilidade, a equidade, e a continuidade dos cuidados.

D - O plano de actividades é baseado nas necessidades dos utentes e tem objectivos quantificados a curto e médio prazo. (Ex...: % de redução de situações problema, aumento de taxas de cobertura e períodos para serem atingidas).

E - O plano de actividades é desdobrado em planos de acção realistas, aceitáveis e realizáveis a qualquer nível da organização.

F - Existe relatório de actividades do ano transacto.

#### **1.1.2. Os Órgãos de Gestão envolvem os profissionais na elaboração do plano de actividades, na definição de objectivos assim como na gestão.**

A - Na elaboração do plano de actividades participaram os diferentes grupos profissionais. (médicos, psicólogos, TSS, TPS, enfermeiros e administrativos).

B - Os profissionais conhecem atempadamente (ex. 1 mês) os principais objectivos do plano de actividades e dispõem de tempo próprio para a sua participação.

C - Os profissionais consideram que as suas opiniões são ouvidas e tomadas em consideração.

D - Existem responsáveis por determinadas áreas e sectores, claramente identificados, sendo responsabilizados pelo cumprimento dos objectivos determinados para essa área.

E - Os responsáveis por determinadas áreas ou sectores têm competências, funções e deveres claramente definidos.

F - Periodicamente (ex. 6 em 6 meses) é avaliado a execução do plano de actividades.

G - Perante uma disfunção de serviço o Director assume-se como principal responsável, analisa as deficiências dos procedimentos e mostra-se disponível para melhorar o seu estilo de liderança.

## 1.2 - TRABALHO DE EQUIPA

*A prestação de cuidados de saúde ao toxicodependente é, cada vez mais, um processo interdependente. Um número crescente de diferentes profissionais ajuda a prover cuidados globais e eficientes. Uma boa articulação entre os vários profissionais torna-se, deste modo, indispensável.*

*A equipa de saúde não deverá ser entendida como uma estrutura de características e dimensão rígidas, devendo antes adaptar-se às necessidades e condicionalismos locais.*

### 1.2.1. O trabalho de equipa é fundamental para a prestação de cuidados globais, continuados e eficientes.

A - O CAT está organizado em equipas multidisciplinares.

B - Todos os membros da equipa estão conscientes do seu papel e funções.

C - Existe descrição por escrito das funções da equipa e de cada profissional e sua articulação dentro da equipa (*Ex.: psicoterapias, prescrição de fármacos, administração de medicamentos, referenciação, programação de internamento, marcação de consultas, etc.*)

D - Existem mecanismos para circulação e partilha da informação clínica relevante dentro da equipa.

E - A equipa promove e discute avaliações de qualidade multidisciplinares.

F - Existe formação contínua em exercício com sessões de treino multidisciplinares em áreas específicas.

G - Existe registo das reuniões onde são identificados os responsáveis por determinadas acções ou procedimentos.

### 1.2.2. O CAT promove iniciativas que reforçam o espírito de equipa.

A - Existe local próprio para descanso e convívio ou para os funcionários prepararem e tomarem café ou pequenas refeições com espaço para fumadores e não fumadores.

B - São proporcionadas oportunidades para convívio informal de todos os funcionários do CAT. (*Ex.: Natal, aniversários, etc.*)

C - É fomentado o espírito de grupo e incentivado o convívio fora do horário de trabalho. (*Ex. almoço ou jantar semestral ou anual de todos os funcionários, promoção ou participação em Iniciativas desportivas e/ou culturais a nível local ou nacional*)

### **1.3 - GESTÃO DE RECURSOS**

#### **1.3.1. O CAT dispõe de contratualização financeira.**

- A - O CAT teve os recursos financeiros suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto.
- B - Existe orçamento-programa relativo às actividades do presente ano.
- C - As decisões de investimento são avaliadas com o Director.
- D - Quando é necessário aprovisionar materiais ou equipamentos, os utilizadores directos são chamados a definir as características e especificações que as tornem adequadas ao uso.
- E - Existem protocolos com instituições ou empresas para troca de serviços. (*Ex.: Faculdades*)
- F - Houve candidatura de algum projecto a financiamento externo. (*Bolsas, prémios, etc.*)

#### **1.3.2. O CAT possui os recursos humanos indispensáveis à execução do seu plano de actividades.**

- A - O Mapa de afectação de pessoal do CAT está completo.
- B - Os profissionais existentes tem vínculo estável.
- C - O CAT teve os recursos humanos suficientes para realizar todas as actividades previstas no seu plano de actividades do ano transacto.

### **1.4 - RESULTADOS PROGRAMÁTICOS**

- A - A análise dos indicadores de resultado do CAT na área financeira e de produtividade mostra uma tendência positiva nos últimos 3 anos.
- B - A análise dos indicadores de resultado do CAT na área da qualidade técnica (ex. conformidade com normas de “*boa prática*”) mostra uma tendência positiva nos últimos 3 anos.
- C - Dos 3 principais objectivos que o CAT definiu como prioritários, pelo menos um desses objectivos progrediu 10% ou mais.
- D - Os resultados são analisados por áreas de actividade e é possível analisar e medir o desempenho de cada um.
- E - Os diversos técnicos têm informação sobre dados de avaliação de desempenho e dados estatísticos.
- F - Essa informação é mantida actualizada (Ex. trimestralmente) e discutida em reunião de equipa.
- G - O posicionamento dos resultados do CAT (Taxa de crescimento, evolução das 1<sup>as</sup> Consultas, evolução do nº de utentes em acção de grupo, comportamento da lista de espera, evolução do nº de utentes em PO de Substituição, etc...) face aos outros CAT's do País é conhecido.

## **2 - DIREITOS DOS UTENTES**

*Os direitos e deveres dos utentes estão estabelecidos na Lei de Bases da Saúde. Confidencialidade, privacidade, comportamento ético são valores fundamentais. Todas as pessoas têm o direito e o dever de participar activamente no processo de cura a que tiverem de se sujeitar. Os cuidados de saúde centram-se fundamentalmente na pessoa, nos seus direitos e nas suas necessidades e não nos conceitos que partem dos técnicos, do Estado ou dos financiadores.*

### **2.1 - ASSEGURAR OS DIREITOS DOS UTENTES NOS CAT'S**

- A - Estão afixados no CAT os direitos e deveres dos utentes consagrados na Lei de Bases da Saúde. *(Base XIV - Estatuto dos utentes, ou outros OMS, DGS, etc.)*
- B - Existe “caixa de sugestões” acessível.
- C - Existe ‘Gabinete do Utente’ com horário expresso.
- D - Existem mecanismos de tratamento das sugestões/queixas dos utentes.
- E - É dada resposta escrita a todas as sugestões/queixas, no prazo de 1 mês.
- F - Existem orientações escritas para resolução de incidentes e acidentes, erros e queixas dos utentes.
- G - Existe livro de reclamações (amarelo) disponível e acessível.

### **2.2 - ATENDIMENTO DOS UTENTES COM DIGNIDADE E PRIVACIDADE**

- A - Os Utentes escolhem livremente a equipa terapêutica/clínica de acordo com a sua preferência *(por motivos de Humanização dos Serviços)* e sempre que os critérios organizacionais do CAT o permitam.
- B - É assegurado ao doente a possibilidade de mudar de equipa terapêutica/clínica sempre que clinicamente justificado.
- C - O doente pode aceitar ou recusar tratamento após ter recebido informação adequada.
- D - O doente pode aceitar ou recusar participar em actividades de investigação. *(devendo sempre dar consentimento por escrito antes que lhe seja aplicado qualquer tipo de terapia ou estudo nesse âmbito).*
- E - O doente recebe informação prévia, *(antes de entrar no consultório)* podendo ou não aceitar participar no ensino/estágios profissionais (ex. Consultas assistidas, filmagens, etc).
- F - É respeitada a natureza confidencial de todos os detalhes médicos e pessoais que cheguem ao conhecimento dos profissionais em razão do exercício das suas funções.

### **2.3 - CIRCUITO INTERNO DO UTENTE NO CAT**

**A** - Existe informação escrita para os utentes (*folhetos, placards, etc.*) sobre o funcionamento dos serviços. (*marcação de consultas, serviços administrativos, serviços de enfermagem, vacinas, articulação com outros serviços e como utiliza-los*).

**B** - Existe divulgação dos sistema de marcação de consultas a outras estruturas de saúde (Ex. CS, Hospitais, IPSS, UP, Escolas, etc).

**C** - Está definido o que é uma readmissão.

**D** - Existe monitorização das faltas às consultas programadas.

**E** - Existe um sistema efectivo de remarcação das ausências às consultas.

**F** - O CAT dispõe e utiliza cartão de marcação de consultas.

### **2.4 - SISTEMA DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS (PUBLICITADO, ADEQUADO E FLEXÍVEL)**

**A** - Encontra-se afixadas instruções claras e acessíveis sobre o sistema de marcação de consultas de cada Técnico (*Consultas de Acolhimento, 1.ª Consultas, seguimento, etc*).

**B** - Existem indicações claras para funcionários e utentes sobre a possibilidade de atendimento no próprio dia de situações excepcionais (Ex. Recaída de doente em fase de desabituação, reacções adversas a medicamentos, etc).

**C** - Existe monitorização da demora na marcação de consultas.

**D** - Existe possibilidade de marcação de consultas, telefonicamente.

**E** - Existe sistema de marcação de consultas com hora marcada própria.

**F** - Os Utentes podem ser informados do tempo máximo de espera após a hora marcada para a consulta. (*por exemplo 30 minutos*)

**G** - Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta.

**H** - Os Utentes podem ser informados do tempo máximo de atraso permitido após a hora marcada para a consulta.

### **3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE**

#### **3.1 - POLÍTICA FAVORÁVEL À SAÚDE**

**A** - O CAT faz recolha de informação sobre a saúde da população toxicodependente e realiza a sua divulgação.

**B** - Há participação dos Técnicos do CAT em debates locais relacionados com a toxicodependência, quando solicitado e autorizado.

**C** - O CAT promove a mobilização, a dinamização e o envolvimento dos seus utentes e acompanhantes na promoção da saúde. (*Ex. Apoia filhos dos toxicodependentes, Casais, Familiares, etc.*).

**D** - O CAT dispõe de material de divulgação (folhetos, brochuras, posters, etc) que disponibiliza sobre promoção da saúde e prevenção da doença.

**E** - Existe divulgação à população de informação relacionada com os serviços que o CAT presta. (*Utilizando os meios de comunicação social, jornais e rádios locais*).

#### **3.2 - PARTICIPAÇÃO EM PARCERIAS**

**A** - O CAT articula com estruturas que complementem o processo terapêutico (Ex. Farmácias nos PS e de Antagonista e Estruturas de reinserção).

**B** - O CAT coopera com entidades responsáveis pelas políticas de redução de danos.

**C** - O CAT articula com o (s) Centro (s) de Saúde da sua área de influência.

**D** - O CAT articula com as estruturas Hospitalares da sua área de influência.

**E** - O CAT colabora com os Serviços Prisionais da sua área de influência.

**F** - O CAT intervém como Serviço supletivo nas actividades globais de prevenção da responsabilidade específica de outros serviços do IDT ou organismos (Ex. UP do IDT, ARS, SRS, IPJ, IPSS, Escolas, etc).

### **3.3 - CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS OU PREVENTIVOS**

#### **3.3.1. O CAT dispõe de uma política de Cuidados Antecipatórios**

- A - Existem actividades de educação para a saúde no CAT dirigidas a grupos vulneráveis (*Ex. Pais, Casais, Grávidas, Mulheres, Adolescentes, etc.*).
- B - Existem condições para o atendimento precoce de jovens em início de risco de consumo (*Ex. Consulta de grupos de jovens em risco*), no CAT ou fora dele.
- C - O CAT apoia preventivamente os filhos dos toxicodependente com programas próprios.
- D - O CAT possibilita e requisita a todos os utentes o rastreio de doenças infecto-contagiosas.
- E -O CAT referência todos os seus doentes com DIC.
- F -O CAT referência o acesso dos seus utentes às consultas de Planeamento Familiar.
- G - O CAT promove o cumprimento do calendário vacinal.

#### **3.3.2. Os Técnicos (ex. Médicos e Enfermeiros) fornecem informação (e material) aos utentes de como podem prevenir a doença e melhorar a sua saúde**

- A - Os Técnicos possuem material informativo diverso de promoção da saúde.
- B - È possível descrever, mediante um procedimento escrito, como se educa e aconselha os utentes na prevenção das doenças.
- C - Os utentes referem que os Técnicos “discutem” com eles a promoção da saúde.
- D - Existem registos médicos e de enfermagem de cuidados preventivos (*Ex. vacinação, rastreio de TP, etc*).
- E – Há registos de despiste sistemático de utentes para diagnósticos precoces (*Ex. HTA, Citologia, Álcool, Tabaco, etc*).
- F – Há fornecimento de preservativos aos utentes do CAT em espaço personalizado.
- G – Há fornecimento de contraceptivos orais a utentes do CAT.

## **4 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

### **4.1 - ACESSIBILIDADE**

*A acessibilidade aos cuidados de saúde tem condicionantes organizativas, económicas e culturais que devem ser atentamente consideradas.*

**A** - Os novos utentes têm possibilidade, na totalidade dos casos, de obter consulta num prazo máximo de 7 dias úteis, após a 1ª. Consulta ou grupo de acolhimento.

**B** - Há possibilidade de atendimento no próprio dia dos utentes já inscritos no CAT com situações problemáticas.

**C** - A periodicidade das consultas de seguimento é conforme as necessidades do doente.

**D** - Há possibilidade de obter informação ou conselho médico ou de enfermagem por telefone em situações que não impliquem consulta. *(não significa a interrupção da consulta, podendo ser realizada em horário próprio).*

**E** - Existe um sistema efectivo de renovação de prescrições e exames auxiliares de diagnóstico, explicitado para os utentes.

### **4.2 - CONTINUIDADE E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

**A** - Em caso de ausência *(férias, formação, doença, etc.)*, é do conhecimento dos outros profissionais e utentes o seu substituto.

**B** - São definidos os serviços mínimos que deverão ser assegurados em caso de substituições.

**C** - Os documentos de referência prevêm o registo de informação suficiente para facilitar cuidados continuados *(Ex. antecedentes patológicos e sociais relevantes, o motivo do envio, dados da observação e tratamento, etc.)*.

**D** - Na referenciação aos cuidados hospitalares ou de outro tipo *(ex. UD, CT, etc)* todo o processo de marcação de consultas é efectuado e controlado pelo CAT.

**E** - Existe monitorização das presenças/ausências às consultas de referência *(Ex. Infeciosas)*.

### **4.3 - COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS**

**A** - Existem reuniões multiprofissionais regulares *(mínimo 1/Mês)* para discussão de questões organizativas.

**B** - Existem reuniões multiprofissionais regulares *(mínimo 9/ano)* para discussão de questões clínicas.

**C** - Todos os profissionais conhecem atempadamente as datas das reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos.

**D** - São feitos resumos escritos das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis.

**E** - Existe um sistema efectivo de divulgação das comunicações escritas por todos os profissionais *(Ex. Boletim ou circulares ou placardes informativos)*.

#### **4.4 - PROGRAMAS DE TRATAMENTO DIFERENCIADOS**

##### **4.4.1. Integração dos utentes em Programas de Substituição (PS)**

**A** - Existe um regulamento interno do PS onde está pelo menos definido os tipos de programa, as regras gerais, os critérios de inclusão e de exclusão, as condições de administração e os E.<sup>º</sup>D. mínimos exigidos.

**B** - A admissão efectiva do doente ocorre após apresentação, análise e discussão do caso em reunião clínica de equipa.

**C** - Todos os doentes que entram em PS realizam história clínica completa, análises laboratoriais, ECG e Rx. Torax.

**D** - Após consulta médica e decisão clínica é assegurado ao utente a possibilidade de integrar programas de substituição num tempo razoável (Ex. Uma semana).

**E** - Os utentes em PS tem consultas regulares (médicas e de psicologia), pelo menos mensais.

**F** - Os utentes em PSMetadona, a dose é avaliada periodicamente.

**G** - É efectuado um controle analítico à urina regular e aleatoriamente e existe registo.

**H** - Os horários das tomas no CAT são adequados às necessidades dos utentes ou existem alternativas protocoladas viáveis (Ex. Farmácias, IPSS, CS, Hospital, etc).

**I** - A administração da metadona é feita o mais próximo possível do local de residência (Ex. CS, Hospital, Farmácia ou outra instituição).

##### **4.4.2. Apoio Psicoterapêutico**

**A** - Todos os utentes do CAT, se para isso tiverem indicação clínica, excepto os que se recusaram, estão com acompanhamento psicológico (individual ou em grupo).

**B** - As psicoterapias têm uma frequência mínima de mensal e máxima de semanal.

**C** - Os utentes em psicoterapia são avaliados periodicamente em reunião (no mínimo uma vez por trimestre).

**D** - As Famílias dos doentes têm atendimento por um técnico qualificado.

**E** - Existe diversidade de técnicas psicoterapêuticas conforme indicação clínica.

**F** - Existe possibilidade de avaliação psicológica e psicodiagnóstica (Ex. aplicação de escalas como Rorschach, Mini M.M.P.I., etc) dos casos com indicação para tal.

#### 4.5 - LINHAS DE ORIENTAÇÃO OU PROTOCOLOS

*As linhas de orientação, os protocolos, orientações ou conjunto de procedimentos, reflectem o conhecimento actual e servem de guias para um bom desempenho. Poderão ser de natureza clínica, administrativa ou outra.*

*Deverão ser sujeitos a permanente aperfeiçoamento e actualização, podendo ser elaborados localmente ou serem utilizados protocolos já validados por outras instituições. Implicam sempre a participação de todos.*

A - Existem linhas de orientação escritas para alguns dos aspectos mais importantes da organização e funcionamento do CAT. (Ex. *Orgânica funcional do CAT, circuito do utente, higiene e segurança, referência, confidencialidade de informação, etc.*).

B - Existem linhas de orientação clínicas escritas orientadas para problemas comuns de saúde. (Ex.: *Terapêuticas de substituição, Grávidas, Seropositivos de HIV e HVC, etc.*).

C - As linhas de orientação em protocolos estão escritos de forma clara e inteligível, são revistos regularmente, estão compilados num manual e são acessíveis a todos.

D - Existe divulgação regular das Unidades de Tratamento (Ex. UD, CT e Centros de Dia) disponíveis e dos seus procedimentos exigidos, e monitorização dos tempos de espera.

E - Está protocolizado o envio da informação de retorno das UD e CT.

#### 4.6 - POLÍTICA DE PRESCRIÇÃO

##### 4.6.1. - Política de prescrição de fármacos.

A - Existem orientações técnicas actualizadas sobre prescrição de fármacos incluindo relação custo-benefício.

B - Existe informação actualizada e contínua sobre a retirada do mercado e sobre a introdução de novos fármacos incluindo o seu nível de comparticipação.

C - É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de fármacos. (Ex. *trimestralmente*)

D - É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de fármacos e dos Programas de Substituição. (Ex. *semestralmente*).

##### 4.6.2. Política de prescrição de Elementos Complementares de Diagnóstico.

A - Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares de diagnóstico ~~incluindo relação custo-benefício~~. (Ex. *EEC, HIV, TAC, RMN, etc.*).

B - Existem orientações técnicas actualizadas para pedido de elementos complementares a grupos específicos (Ex. *Grávidas, Doentes em PS, Doentes com Hepatite, Adultos saudáveis, etc*) referenciados para a UD e CT.

C - Existe monitorização da chegada de exames complementares normais e anormais (*laboratoriais, radiológicos, etc.*) com protocolo de convocação dos doentes.

D - É fornecido regularmente a cada médico o seu perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico. (Ex. *trimestralmente*)

E - É analisado e discutido periodicamente o perfil de prescrição de elementos complementares de diagnóstico do CAT. *(Ex. semestralmente)*

#### **4.7 - REGISTOS CLÍNICOS**

*Bons Registos Clínicos são essenciais para a continuidade de cuidados, para o desenvolvimento científico e para protecção médico-legal. Devem possuir informação suficiente para documentar a avaliação, o tratamento, os progressos clínicos e os resultados obtidos. Os registos clínicos individuais devem ser facilmente acessíveis para prestação de cuidados, promoção da saúde, investigação e avaliação da qualidade, tendo em conta os direitos dos cidadãos e a confidencialidade dos dados.*

##### **4.7.1. Confidencialidade, acessibilidade, privacidade e segurança dos registos clínicos individuais ou familiares.**

A - Os registos clínicos são arquivados em locais próprios e seguros *(sem acesso ao público)*.

B - Os registos clínicos só são manipulados por pessoal autorizado pelo Director do CAT.

C - Os registos clínicos de doentes falecidos são arquivados e mantidos de forma segura.

D - A pedido do doente por escrito, é transferida uma cópia ou um resumo do registo clínico para outro CAT.

E - Uma nota de pedido de transferência dos registos clínicos é arquivada. Esta nota inclui detalhes sobre a data e local para onde foi enviada.

##### **4.7.2. Organização e Qualidade dos registos clínicos.**

A - Todos os profissionais utilizam a ficha do utente como suporte de registo clínico.

B - Está definido quem preenche os diferentes ítems da ficha do utente.

C - Existe monitorização mensal, após a 1ª. Consulta.

D - Existe um processo clínico único para o doente e familiares/envolventes.

E - Existe um processo clínico único organizado por áreas profissionais. (Ex: com o registo das consultas efectuadas).

F - O CAT introduziu e são utilizadas folhas de suporte para situações específicas.  
*(Ex. Doentes em PS, Grávidas, HIV+, AntiHVC+, Adolescentes, etc.).*

G - Os E.A.D. estão registados em folhas próprias do processo clínico.

H - Existe avaliação e monitorização da qualidade dos registos clínicos.  
*(registos clínicos, familiares, por patologias, evolução terapeutica, etc...) (Ex. anualmente)*

## **5 - FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE**

*A Melhoria Contínua da Qualidade só pode ser atingida com o envolvimento e participação de todos os profissionais. A Educação Contínua e a Investigação são indissociáveis deste processo.*

### **5.1 - AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO QUALIDADE**

- A - Existem devidamente programadas, actividades de Garantia da Qualidade.
- B - Anualmente é feita a avaliação do CAT e debatida com todos os profissionais.
- C - Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas.
- D - Existe feed-back da informação aos profissionais dos diferentes sectores.

### **5.2 - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES**

- A - Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos utentes, mediante questionário anónimo.
- B - Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas.
- C - Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos utentes. *(Ex. Caixa de sugestões, Questionários programados, etc.)*
- D - É dado conhecimento aos profissionais das causas de satisfação e insatisfação dos utentes. *(em reuniões multidisciplinares, relatórios, etc.)*
- E - Nos últimos 12 mcses foram introduzidas algumas alterações no CAT motivadas por falta de satisfação dos utentes.

### **5.3 - AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

- A - Existe avaliação e monitorização pelo menos anual da satisfação dos profissionais, mediante questionário anónimo.
- B - Existem relatórios escritos das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas.
- C - Existem outros mecanismos de avaliação da satisfação dos profissionais. *(Ex. Caixa de sugestões, Questionários programados, reuniões para debater esse tema, etc.)*
- D - Existem reuniões multidisciplinares onde são abordadas as causas de insatisfação dos profissionais.
- E - Nos últimos 12 meses foram introduzidas algumas alterações no CAT motivadas pela avaliação da satisfação dos profissionais.

#### 5.4 - FORMAÇÃO CONTÍNUA MULTIPROFISSIONAL

- A - Existe um plano anual de formação regional que engloba todos os sectores profissionais, tendo em conta as necessidades individuais e do CAT.
- B - Existe levantamento actualizado das necessidades de formação dos vários sectores profissionais (Ex. uma vez por ano).
- C - Existe uma política explicitada de participação em acções de formação interna e externa.
- D - Existe mecanismo para partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação. (Ex. Reuniões clínicas e/ou multidisciplinares, Relatório escrito, etc.).
- E - Existe Biblioteca com material científico actualizado sobre temas profissionais. (Livros, revistas, jornais, vídeos, etc.)
- F - Existem sessões clínicas para discussão e revisão de casos clínicos (*mínimo de mensal*).
- G - Existem actividades de formação contínua, integradas nas rotinas normais de trabalho. (Ex. Uma vez por semana, discussão de casos clínicos).
- H - Existe informação acessível sobre acções de formação e seus conteúdos. (Ex. Boletim de Serviço, placard).
- I - Existem acordos com outras Instituições de Saúde para cooperação no âmbito da formação contínua. (Ex. Hospitais, Universidade, Centros de Saúde, etc).

#### 5.5 - INCENTIVOS À INVESTIGAÇÃO

**A investigação é a base de toda a evolução científica.  
Torna-se assim crucial incentivá-la a todos os níveis.**

- A - Existem projectos de investigação no corrente ano. (Autónomos ou em colaboração com outras Instituições.)
- B - Existem incentivos à actividade de investigação. (Ex. Horas próprias para actividades não assistenciais/investigação.)
- C - Houve publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em acções de formação no último ano.

## **6 - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS**

*Estruturas adequadas facilitam a prestação de Cuidados de Saúde de Qualidade, e ajudam a promover a saúde, a segurança e o conforto dos utentes e profissionais. O edifício, as instalações e o equipamento devem ser adaptados às necessidades e devem ser mantidos em boas condições de utilização.*

### **6.1 - IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES, SERVIÇOS E PROFISSIONAIS**

A - A localização do CAT está devidamente assinalada no exterior.

B - Há sinalização adequada (*eventualmente com cores*) à orientação e movimentação dos utentes dentro do edifício.

C - Todos os locais de trabalho estão devidamente sinalizados e identificados.

D - Estão afixados os horários dos diferentes sectores de atendimento ao público bem como o nome dos seus responsáveis.

E - Todos os profissionais em contacto com o público (*ex. pessoal médico, de enfermagem, psicólogos, TSS, TPS, administrativos e auxiliares*) utilizam cartão de identificação.

### **6.2 - INSTALAÇÕES**

#### **6.2.1 - Acessibilidade às instalações**

A - Existem facilidades de acesso a deficientes. (*rampas para cadeiras de rodas, nos acessos aos consultórios e casas de banho, etc.*).

B - Existe parque de estacionamento que responde às necessidades e a distancia razoável do CAT.

C - Existem transportes públicos adequados às necessidades e a distancia razoável do CAT

#### **6.2.2 - Áreas Específicas ao Desenvolvimento das diferentes Actividades e Funções**

A - Existem salas de espera com ambiente acolhedor e assentos em número suficiente.

B - A área administrativa dispõe de espaço suficiente, e o mobiliário está disposto de molde a permitir a movimentação fácil do pessoal.

C - Os consultórios têm as condições adequadas para a avaliação dos utentes em conforto e segurança, garantindo completa privacidade quer a nível visual quer auditivo.

D - Cada técnico tem um gabinete individual.

E - Existe local próprio e com privacidade para actividades específicas de enfermagem (Ex. toma de metadona).

F - Existem espaços seguros para armazenamento. (*Ex. medicamentos e vacinas, agulhas e seringas, dinheiro e valores, material de limpeza, metadona*).

G -Existem instalações sanitárias adequadas para pessoal e utentes, devidamente sinalizadas e de fácil acesso.

H - Existe sala de reuniões com privacidade e acústica.

I – Existem espaços próprios para atendimento a grupos de utentes/familiares.

### **6.3 - EQUIPAMENTO**

#### **6.3.1 - Equipamento Informático**

A - O CAT dispõe de equipamento informático que possibilite a marcação de consultas por técnico e respectiva monitorização (*Agenda electrónica/administrativa*).

B - É utilizado software específico para codificar todas as actividades médicas, de enfermagem, de psicologia e do Serviço Social (*Modulo Clínico*).

C – É utilizado software específico para monitorizar e avaliar os utentes em PS.

D - Existe pessoal treinado em número suficiente para operar com o equipamento informático.

E - Os gabinetes dos diversos técnicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede.

#### **6.3.2 - Sistema de Comunicações**

A - O sistema telefónico dá resposta às necessidades dos profissionais e dos utentes.

B - Existe telefone em todos os gabinetes.

C - O CAT dispõe de um aparelho de Fax.

D - O CAT dispõe de E. Mail.

E - O CAT dispõe de uma página na Internet, própria ou incluída numa nacional ou regional.

#### **6.3.3. Equipamento necessário ao desenvolvimento das actividades.**

A - Os consultórios dispõem do equipamento necessário às consultas de psicologia e médicas.

B - Os gabinetes de Enfermagem dispõem do equipamento necessário à sua actividade. (*Preventiva e curativa*).

C - As Salas de Espera dispõem, pelo menos de informações sobre os serviços (*quadro informativo actualizado, panfletos e brochuras*), material de promoção da saúde, televisão e vídeo.

D - A sala de reuniões dispõe de material audiovisual (*Ex. projector de slides, de acetatos e video, etc.*).

E - A sala de terapia de grupo dispõe de material para o seu completo funcionamento (*Ex. espelho, tapete, luz, cadeiras, etc.*).

#### **6.4 - SAÚDE, HIGIENE E SEGURANÇA**

- A** - Todo o equipamento e instalações estão conforme as normas de higiene e segurança em vigor.
- B** - Existe à disposição dos técnicos e são utilizados, vestuário de trabalho e equipamentos de protecção individual adequados e em número suficiente.
- C** - Todo o pessoal do CAT está imunizado contra Tétano e Hepatite B.
- D** - O CAT possui um sistema de climatização.
- E** - Existe protecção contra o roubo (*Ex. Segurança, Equipamento Anti-Roubo, Cofre, etc.*).
- F** - Há sistema de iluminação de segurança e de sinalização de emergência em casos de interrupção de corrente.
- G** - Existe o equipamento necessário e em perfeito estado de funcionamento para a extinção de incêndios.
- H** - Há pessoal habilitado a funcionar com o material de extinção de incêndios.
- I** - Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal.
- J** - O armazenamento dos produtos ou lixos insalubres, perigosos, tóxicos ou infestantes, é efectuado em compartimentos próprios (*recipientes resistentes com tampa e higienizáveis*) e são removidos com a periodicidade adequada.

## Anexo 2 – Guia para recolha de pontuações

### 1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

**1.1.1 Plano de actividades**

A	0,67
B	1,00
C	0,67
D	0,33
E	1,00
F	1,00
total	4,67

**1.1.2. Os Órgãos de Gestão**

A	1,00
B	1,00
C	0,67
D	0,67
E	0,67
F	0,67
G	0,67
total	5,35

**1.2.1. O trabalho de equipa**

A	0,67
B	0,67
C	0,67
D	0,67
E	0,33
F	0,67
G	1,00
total	4,68

**1.2.2. Reforço de espírito de equipa**

A	1,00
B	0,33
C	0,33
total	1,66

**1.3.1. Contratualização financeira**

A	0,33
B	0,33
C	0,67
D	1,00
E	0,00
F	0,00
total	2,33

**1.3.2. Recursos humanos**

A	0,33
B	0,33
C	0,67
total	1,33

**1.4 - Resultados Programáticos**

A	0,67
B	0,67
C	1,00
D	1,00
E	1,00
F	0,67
G	1,00
total	6,01

### 2. DIREITOS DOS UTENTES

**2.1. Direitos dos utentes**

A	1,00
B	0,33
C	1,00
D	1,00
E	1,00
F	0,67
G	1,00
total	6,00

**2.2 - Atendimento dos utentes**

A	0,00
B	1,00
C	1,00
D	1,00
E	1,00
F	0,67
total	4,67

**2.3 - Circuito interno do utente**

A	0,33
B	0,33
C	1,00
D	0,67
E	0,67
F	0,67
total	3,67

**2.4 - Marcação de consultas**

A	0,00
B	0,33
C	0,33
D	1,00
E	0,67
F	0,33
G	0,33
H	0,33
total	3,32

**A Comissão**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE

**3.1 - Política da saúde**

A	0,67
B	1,00
C	0,67
D	1,00
E	0,33
total	3,67

**3.2 - Participação em parcerias**

A	0,67
B	1,00
C	0,67
D	1,00
E	0,33
F	0,67
total	4,34

**3.3.1. Cuidados Antecipatórios**

A	0,67
B	0,67
C	0,67
D	1,00
E	0,67
F	0,67
G	1,00
total	5,35

**3.3.2. Os Técnicos fornecem informação**

A	0,67
B	0,67
C	0,67
D	0,67
E	0,67
F	1,00
G	0,00
total	4,35

### 4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

**4.1. Acessibilidade**

A	0,33
B	0,33
C	1,00
D	0,67
E	0,67
total	3,00

**4.2 - Continuidade de cuidados**

A	0,67
B	0,67
C	0,67
D	0,67
E	0,67
total	3,35

**4.3 - Comunicação entre profissionais**

A	1,00
B	1,00
C	0,67
D	1,00
E	0,67
total	4,34

**4.4.1. Integração utentes em P.S.**

A	1,00
B	0,67
C	0,67
D	1,00
E	0,67
F	0,67
G	0,67
H	0,67
I	0,67
total	6,69

**4.4.2. Apoio Psicoterapêutico**

A	1,00
B	0,67
C	0,33
D	1,00
E	1,00
F	0,67
total	4,67

**4.5 - Linhas de orientação**

A	0,67
B	0,33
C	0,33
D	0,67
E	0,33
total	2,33

**4.6.1 - Política de prescrição**

A	0,33
B	0,33
C	0,00
D	0,00
total	0,66

**4.6.2. Política de prescrição Diag.**

A	0,67
B	1,00
C	0,67
D	0,67
E	0,00
total	3,01

**4.7.1. Confiden./de e acessibilidade, ...**

A	1,00
B	0,33
C	1,00
D	1,00
E	0,67
total	4,00

**4.7.2. Organização e Qualidade Reg.tos**

A	1,00
B	1,00
C	0,67
D	1,00
E	1,00
F	1,00
G	0,67
H	0,00
total	6,34

### 5- FORMAÇÃO CONTÍNUA

**5.1 - Avaliação e monitorização**

A	0,33
B	0,67
C	0,67
D	0,67
total	2,34

**5.2 - Avaliação da satisfação utentes**

A	1,00
B	0,67
C	1,00
D	1,00
E	0,67
total	4,34

**5.3 - Avaliação da satisfação prof.**

A	0,00
B	0,00
C	0,33
D	0,67
E	0,67
total	1,67

**5.4 - Formação contínua multiprof.**

A	1,00
B	1,00
C	0,67
D	0,67
E	0,67
F	1,00
G	0,67
H	1,00
I	0,33
total	7,01

**5.5 - Incentivos à investigação**

A	1,00
B	0,67
C	0,00
total	1,67

### 6 - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

**6.1 - Identificação das instalações**

A	0,33
B	0,67
C	1,00
D	0,33
E	0,00
total	2,33

**6.2.1 - Acessibil. às instalações**

A	1,00
B	1,00
C	0,33
total	2,33

**6.2.2 - Áreas Esp. ao desenvolvimento**

A	0,67
B	1,00
C	1,00
D	1,00
E	1,00
F	1,00
G	1,00
H	1,00
I	1,00
total	8,67

**6.3.1 - Equipamento Informático**

A	0,33
B	0,67
C	0,67
D	0,67
E	0,33
total	2,00

**6.3.2 - Sistema de comunicações**

A	0,67
B	1,00
C	1,00
D	0,00
E	0,00
total	2,67

**6.3.3 - Equipamen. actividades**

A	0,67
B	1,00
C	0,67
D	0,67
E	0,67
total	3,68

**6.4 - Saúde higiene e segura.**

A	0,33
B	0,33
C	0,33
D	1,00
E	0,67
F	1,00
G	0,00
H	0,00
I	0,33
J	1,00
total	4,99

**MONIQUOR.CAT**  
Recolha de dados

XXXXXXXX

CAT: \_\_\_\_\_

AUTOAVALIAÇÕES

FOLHA PARA RECOLHA DE DADOS



1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO				
1.1.1	4,67	x 2,0 =	9	9,3
1.1.2	5,35	x 4,0 =	21	21,4
<b>Sub-total 1.1</b>			31	30,7
1.2.1	4,68	x 3,0 =	14	14,0
1.2.2	1,66	x 2,0 =	3	3,3
<b>Sub-total 1.2</b>			17	17,4
1.3.1	2,33	x 3,0 =	7	7,0
1.3.2	1,33	x 1,5 =	2	2,0
<b>Sub-total 1.3</b>			9	9,0
1.4	6,01	x 1,5 =	9	9,0
<b>Sub-total 1.4</b>			9	9,0
<b>TOTAL</b>			66	66,1

2. DIREITOS DOS UTENTES				
2.1	6,00	x 4,00 =	24	24,0
2.2	4,67	x 2,0 =	9	9,3
2.3	3,67	x 2,0 =	7	7,3
2.4	3,32	x 6,0 =	20	19,9
<b>TOTAL</b>			61	60,6

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE				
3.1	3,67	x 4,0 =	15	14,7
3.2	4,34	x 4,0 =	17	17,4
3.3.1	5,35	x 4,0 =	21	21,4
3.3.2	4,35	x 4,0 =	17	17,4
<b>Sub-total 3.3</b>			39	38,8
<b>TOTAL</b>			71	70,8

**A Comissão de Avaliação**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CAT: \_\_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE				
4.1	3,00	x 1,0 =	3	3,0
4.2	3,35	x 1,0 =	3	3,4
4.3	4,34	x 1,0 =	4	4,3
4.4.1	6,69	x 4,0 =	27	26,8
4.4.2	4,67	x 1,0 =	5	4,7
<b>Sub-total 4.4</b>			31	31,4
4.5	2,33	x 1,0 =	2	2,3
4.6.1	0,66	x 1,0 =	1	0,7
4.6.2	3,01	x 1,0 =	3	3,0
<b>Sub-total 4.6</b>			4	3,7
4.7.1	4,00	x 1,0 =	4	4,0
4.7.2	6,34	x 3,0 =	19	19,0
<b>Sub-total 4.7</b>			23	23,0
<b>TOTAL</b>			71	71,1

5- FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESEN. QUALIDADE				
5.1	2,34	x 1,0 =	2	2,3
5.2	4,34	x 3,0 =	13	13,0
5.3	1,67	x 3,0 =	5	5,0
5.4	7,01	x 7,0 =	49	49,1
5.5	1,67	x 1,0 =	2	1,7
<b>TOTAL</b>			71	71,1

6 - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS				
6.1	2,33	x 3,0 =	7	7,0
6.2.1	2,33	x 2,0 =	5	4,7
6.2.2	8,67	x 3,0 =	26	26,0
<b>Sub-total 6.2</b>			31	30,7
6.3.1	2,00	x 3,2 =	6	6,4
6.3.2	2,67	x 1,6 =	4	4,3
6.3.3	3,68	x 1,6 =	6	5,9
<b>Sub-total 6.3</b>			17	16,6
6.4	4,99	x 2,0 =	10	10,0
<b>TOTAL</b>			64	64,2

FOLHA DE APURAMENTO DOS RESULTADOS FINAIS

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	PONTUAÇÃO	
1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	66	Aceite
2. DIREITOS DOS UTENTES	61	Aceite
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE	71	Aceite
4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	71	Aceite
5- FORMAÇÃO CONTÍNUA	71	Aceite
6 - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	64	Aceite

**TOTAL** 404

# MONIQUOR.CAT - PROCESSO DE AVALIAÇÃO 2005

## TOTAL DO CAT

### Perspectiva global por critério

#### 1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

1.1.1 Plano de actividades		0,00	0,33	0,67	1,00
A	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
B	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
C	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
D	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
E	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
F	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
total	4,67	0,00	1,00	2,00	3,00

1.1.2. Os Órgãos de Gestão		0,00	0,33	0,67	1,00
A	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
B	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
C	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
D	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
E	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
F	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
G	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
total	5,35	0,00	0,00	5,00	2,00

1.2.1. O trabalho de equipa		0,00	0,33	0,67	1,00
A	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
B	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
C	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
D	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
E	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
F	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
G	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
total	4,68	0,00	1,00	5,00	1,00

1.2.2. Reforço de espírito de equipa		0,00	0,33	0,67	1,00
A	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
B	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
C	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
total	1,66	0,00	2,00	0,00	1,00

1.3.1. Contratualização financeira		0,00	0,33	0,67	1,00
A	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
B	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
C	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
D	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
E	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
F	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
total	2,33	2,00	2,00	1,00	1,00

1.3.2. Recursos humanos		0,00	0,33	0,67	1,00
A	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
B	0,33	0,00	1,00	0,00	0,00
C	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
total	1,33	0,00	2,00	1,00	0,00

1.4 - Resultados Programáticos		0,00	0,33	0,67	1,00
A	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
B	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
C	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
D	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
E	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
F	0,67	0,00	0,00	1,00	0,00
G	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
total	6,01	0,00	0,00	3,00	4,00

2,00	8,00	17,00	12,00
------	------	-------	-------

**- FICHAS RESUMO -**

<b>MoniQuOr.CAT 2007</b>	<b><u>FICHA RESUMO (AUTO-AVALIAÇÃO)</u></b>	
<b>❶-ORGANIZAÇÃO E GESTÃO-</b>		
<b>•PONTOS FORTES E PONTOS A MELHORAR</b>		
<b>PONTOS</b>	<b>FORTES</b>	<b>A MELHORAR</b>
<i>Prática de Gestão participada</i>		X
<i>Plano de Actividades com Objectivos realistas</i>		X
<i>Relatório de Actividades</i>		X
<i>CAT organizado em Equipas Multidisciplinares</i>		X
<i>Quadro do C.S. completo</i>		X
<i>Resultados Programáticos</i>		X
<b>•<u>SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES:</u></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Elaboração do Manual de Procedimentos do serviço, Plano e Relatório de Actividades interno, baseado nos objectivos do SIADAP, com a participação dos funcionários.</b></li> <li>• <b>Dinamizar a programação das reuniões e respectivas actas.</b></li> </ul>		
<b>•Pontuação obtida: 27</b>	<b>•Critérios iguais ou inferiores a 0,33:</b>	
	1.1.1 A, B, C, D, E, F – 1.1.2 A, B, C, D, E, F, G – 1. 1. 2. A, B, C, D, E, F, G – 1.2.1 B, C, E, F, G – 1.2.2 A, B, C – 1.3.1 A, B, E, F – 1.4 A e G	

<b>❷-DIREITOS DOS UTENTES-</b>		
<b>•PONTOS FORTES E PONTOS A MELHORAR</b>		
<b>PONTOS</b>	<b>FORTES</b>	<b>A MELHORAR</b>
<i>Gabinete do Utente</i>	X	
<i>Caixa de sugestões</i>		X
<i>Resolução de queixas dos Utentes</i>	X	
<i>Circuito Interno do Utente</i>		X
<i>Sistema de Marcação de Consultas</i>		X
<b>•<u>SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES:</u></b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Afixação de placard informativo aos utentes no qual consta: Direitos e Deveres dos Utentes; Circuito interno do utente; horários de atendimento; Funções dos Técnicos; tipos de serviços prestados no CAT; formas de articulação com consultas externas</b></li> <li>• <b>Fazer um ofício a solicitar á DRC, a cedência, ou autorização para a compra de uma caixa de sugestões</b></li> </ul>		
<b>•Pontuação obtida: 51</b>	<b>•Critérios iguais ou inferiores a 0,33:</b>	
	2.1. F – 2.2. A – 2.3 A, B, E – 2.4 A, B, F, G, H	

<b>3-PROMOÇÃO DA SAÚDE-</b>		
<b>•PONTOS FORTES E PONTOS A MELHORAR</b>		
<b>PONTOS</b>	<b>FORTES</b>	<b>A MELHORAR</b>
<i>Política Favorável à Comunidade</i>	X	
<i>Parcerias Internas e Externas</i>		X
<i>Apoio aos Filhos dos Utentes</i>		X
<i>Referenciação de Utentes com DIC</i>		X
<i>Fornecimento de Preservativos</i>	X	
<b>•SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgação aos utentes a possibilidade de acompanhamento dos seus filhos</li> <li>• Melhoria dos mecanismos de controlo de presenças/faltas ás consultas marcadas em Serviços Externos</li> </ul>		
<b>•Pontuação obtida: 55</b>	<b>•Critérios iguais ou inferiores a 0,33:</b> 3.1 A, E – 3.3.1 A, B, F, G – 3.3.2 C, D, E, G	

<b>4-PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE-</b>		
<b>•PONTOS FORTES E PONTOS A MELHORAR</b>		
<b>PONTOS</b>	<b>FORTES</b>	<b>A MELHORAR</b>
<i>Acessibilidade</i>		X
<i>Continuidade e Integração de Cuidados</i>	X	
<i>Reuniões Multiprofissionais</i>		X
<i>Linhas de Orientação ou Protocolos</i>		X
<i>Programas de Substituição</i>		X
<i>Apoio Psicoterapêutico</i>	X	
<i>Registos Clínico</i>		X
<b>•SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedido de locais de estacionamento reservados ao CAT;</li> <li>• Realização de actas de reuniões multiprofissionais</li> <li>• Definição por escrito de linhas de orientação e protocolos</li> <li>• Maior controlo analítico dos utentes em Programa de Substituição</li> <li>• Melhoria da organização do Processo Clínico com divisão por áreas profissionais, bem como maior realização dos registos por parte dos Técnicos</li> </ul>		
<b>•Pontuação obtida: 62</b>	<b>•Critérios iguais ou inferiores a 0,33:</b> 4.1. B, C, D, E – 4.3 C, D, E – 4.4 B, E - 2 . C, E – 4.5. A, B, C, D, E – 4.6.1 A, B, C, D – 4.6.2 A, D, E – 4.7.2 E, F, H	

**5-FORMAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE -**

**•PONTOS FORTES E PONTOS A MELHORAR**

PONTOS	FORTES	A MELHORAR
<i>Avaliação e Monitorização da Qualidade<sup>8</sup></i>		X
<i>Avaliação da Satisfação dos Utentes</i>		X
<i>Avaliação da Satisfação dos Profissionais</i>		X
<i>Diagnóstico de necessidades de formação</i>	X	
<i>Discussão regular (mínimo uma vez por semana) de casos clínicos como forma de formação em serviço</i>		X
<i>Publicação de Artigos Científicos</i>		X

**•SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES:**

- Passagem de Questionários periódicos de avaliação de satisfação dos utentes e profissionais, com posterior análise e tratamento dos resultados
- Necessidade da dinamização das reuniões clínicas, tendo em conta que estando a maioria dos Médicos, com horário de acumulação, dificulta esta prática
- Incentivar os Técnicos para a realização e publicação de trabalhos de investigação

•Pontuação obtida: 23

•Critérios iguais ou inferiores a 0,33

5.1. A, B, C, D – 5.2. A, B, C, D, E – 5.3. A, B, C, E – 5.4. B, C, D, E, F, G, H, I – 5.5. A

**6-INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS -**

**•PONTOS FORTES E PONTOS A MELHORAR**

PONTOS	FORTES	A MELHORAR
<i>Identificação externa e interior</i>	X	
<i>Acessibilidade interna às instalações</i>		X
<i>Os gabinetes dos Técnicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede</i>	X	
<i>Existem computadores em todos os Gabinetes.</i>		X
<i>Existe Plano de Emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todo o pessoal</i>		X

**•SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES:**

- Desobstrução da saída de emergência, que poderia paralelamente permitir, o acesso a deficientes motores
- Pedido à DRC de colocação de computadores nos gabinetes que estão em falta
- Existe um plano de emergência que foi elaborado por uma Técnica deste serviço, que neste momento se encontra noutra CAT, nunca tendo divulgado esse mesmo plano. Solicitamos, assim, que se convoque a referida Técnica para, numa reunião, divulgar o mesmo

•Pontuação obtida: 48

•Critérios iguais ou inferiores a 0,33:

6.1. A, D, E – 6.2.1. A, B, C – 6.2.2. C, I – 6.3.1. C, D, E – 6.3.2. A, E – 6.3.3. C, E – 6.4. A, B, D, F, H,

## **Qualidade em Saúde**

### **Monitorização da Qualidade Organizacional dos CAT's**

#### **Relatório de autoavaliação do CAT da XXXXXXXX**

#### **Comissão de Avaliação:**

**XXXXX**

**XXXXX**

**2007**

## 1. INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

A qualidade tornou-se num conceito determinante em todas as áreas de actividade. A Saúde tem acompanhado este percurso evolutivo e apontam-se algumas razões justificativas: profissionais (os técnicos querem trabalhar melhor e sentirem o seu desempenho compensado), políticas (sendo que a qualidade começou a ser uma estratégia da política nacional), éticas (pela confiança que é depositada nos técnicos), económicas (porque cada vez mais se trabalha com vista á rentabilização dos recursos e á razoabilidade dos custos), sociais (porque o cidadão é exigente relativamente á efectividade dos serviços de saúde).

De facto o sector da saúde é, provavelmente, aquele que se reveste de uma maior complexidade e dificuldade de gestão quando comparado com outros sectores de actividades. A qualidade na saúde surge, então, como uma exigência de todos os envolvidos nestes cuidados, sendo vista como um atributo essencial e um assunto de importância crescente.

A necessidade de um sistema de qualidade foi identificado quer pela OMS Europa, quer pelo conselho de Ministros, sendo consensual a sua definição como um *“conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”*.

A melhoria contínua da prestação de cuidados é feita no âmbito de um sistema de qualidade na saúde, caracterizando-se por: *corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada, ser uma melhoria contínua, num quadro de responsabilidade e responsabilização colectiva*.

A qualidade dos cuidados depende de dois factores: uma boa prática clínica e da forma como estão organizados os serviços aos doentes.

Assim sendo, a utilização de técnicas e ferramentas da qualidade assume, naturalmente, uma relevância e urgência ainda maior que noutras unidades de saúde. A adopção de uma política de melhoria contínua da qualidade organizacional como conceito básico na gestão dos CAT's poderá resultar num dos mecanismos

---

<sup>1</sup> Rodrigues, J. (2005). Qualidade em Saúde – Monitorização da Qualidade Organizacional dos CAT's – IDT – Centro. Metodologia de Auto-Avaliação e Fases de Auditoria. IQS - Coimbra

fundamentais para que estes consigam responder com sucesso às pressões e limitações acima descritas, com os limitados recursos de que dispõem.

Por todos os motivos expostos é urgente desenvolver metodologias para uma adequada avaliação da qualidade organizacional dos CAT's, identificando e solucionando problemas organizacionais nos quais a qualidade possa ser melhorada.

Neste sentido, o MoniQuOr.CAT é um instrumento de auto avaliação voluntária da qualidade organizacional dos CAT's, em que o objectivo é a avaliação e correcção de situações da prática organizacional e clínica potencialmente melhoráveis.

O projecto MoniQuor.CAT vai possibilitar, de forma contínua, melhores níveis de qualidade dos cuidados aos toxicodependentes. Este instrumento de auto-avaliação é constituído por um conjunto de 212 critérios, que englobam 6 áreas e 27 sub-áreas de intervenção. Os critérios monitorizam os diferentes níveis de desempenho dos CAT's e facilitam a melhoria dos seus serviços.

A metodologia utilizada é baseada na auto-avaliação do modelo EFQM, desenrolando-se ao longo de 6 fases distintas:

1 - Construção e validação dos critérios (fase desenvolvida de 2002 a 2004, com a participação voluntária de todos os CAT's da DRC).

2 – Auto-avaliação nos CAT's (a decorrer).

3 – Introdução de medidas corretoras

4 – Avaliações cruzadas (a realizar em Setembro/Outubro/Novembro).

5 – Introdução de medidas corretoras.

6 – Avaliações externas (certificação)

## **2. Metodologia**

A Auto-avaliação no CAT da XXXXXX iniciou em 2007, (...) para que fosse possível poder avaliar, quer a qualidade organizacional quer a satisfação de profissionais e utentes.

Assim sendo, a auto avaliação decorreu da seguinte forma:

Após a constituição da equipa de avaliação: XXXXX e XXXXXX (técnicas superiores de Serviço Social), definiu-se a metodologia de trabalho e os procedimentos a efectuar.

Inicialmente procedeu-se à avaliação individual pelos elementos da comissão, utilizando como elementos de suporte todos os registos escritos existentes no CAT. Foram aplicados os questionários aos utentes e restantes profissionais do CAT.

Os questionários aos utentes foram aplicados de forma aleatória a 15 utentes, tendo sido efectuados ao longo de 5 dias, uma vez que houve pouca adesão ao seu preenchimento.

Procedeu-se à reunião com o Director do serviço – XXXXXX

Quanto aos profissionais do CAT, a Comissão optou por aplicar o questionário à totalidade dos técnicos, garantindo a confidencialidade das respostas.

Posteriormente fez-se a análise e tratamento dos dados estatisticamente e a respectiva discussão dos resultados obtidos pelos questionários.

Realizaram-se reuniões da Comissão de avaliação para definir tarefas, discutir resultados e propor medidas correctivas. Identificaram-se as áreas prioritárias de intervenção, com o preenchimento das fichas resumo e realização do respectivo relatório de execução.

### **3. Apresentação, discussão dos resultados e proposta de sugestões**

Passamos a apresentar os resultados obtidos pela auto-avaliação da equipa de CAT da XXXXXX, por áreas, bem como algumas propostas de intervenção já avançadas pela comissão de avaliação:

#### **3.1 – Organização e Gestão**

Esta área teve uma avaliação global de 62 fixando-se este valor na pontuação de “área aceite”. Este critério, apesar de se constituir como um “ponto forte” na avaliação global, é relevante salientar que alguns sub critérios devem ser alvo de atenção, nomeadamente:

3.1.1. Em relação ao “Plano de Actividades”, parecem existir algumas dificuldades na sua pragmatização e avaliação, visíveis nos pontos 1.1.1.E, 1.1.2 B, C e F.

**Recomendação:** O plano de actividades deve ser desdobrado em planos de acção com actividades específicas e respectivos indicadores passíveis de serem avaliados. Para que seja possível, torna-se necessário que os profissionais tenham acesso ao plano atempadamente e que estejam envolvidos quer na sua elaboração quer na avaliação.

3.1.2. Relativamente ao “Trabalho de Equipa”, constatamos que os pontos a melhorar se prendem com as avaliações sobre a qualidade organizacional, facto que, eventualmente, se prende com a actualidade do conceito e sua aplicação. Quanto á “Formação contínua com sessões de treino multidisciplinares”, constitui, também, um critério alvo de intervenção.

**Recomendação:** Planear reuniões de avaliação multidisciplinar e da qualidade; Incentivar a formação contínua em áreas específicas com sessões de treino multidisciplinares;

3.1.3. Quanto ao “Recursos Humanos indispensáveis à execução do plano de actividades”, concluiu-se que “o mapa de afectação do pessoal do CAT não está completo”.

**Recomendação:** Não depende dos técnicos da U.F., no entanto podemos alertar as pessoas competentes para o facto.

3.1.4. Finalmente, “Os resultados programáticos” revelam que há dificuldades na circulação de informação sobre dados de avaliação de desempenho e dados estatísticos, bem como a sua actualização e discussão.

**Recomendação:** Tendo emergido, desta avaliação, alguns critérios alvo de intervenção, é de salientar que estes já estão a ser implementados, nomeadamente no que respeita aos dados estatísticos mensais que já estão a ser facultados a cada técnico para lhes permitir uma reflexão pessoal sobre a avaliação de desempenho. Esta informação, está previsto, manter-se actualizada mensalmente e discutida em reunião de equipa com as U.F's da XXXX e XXXXX.

### 3.2.- Direitos dos utentes

Esta área teve uma avaliação global de 52,7 – “área aceite”. Não obstante, existem subcritérios que terão que ser alvo de intervenção tais como:

#### 3.2.1. Inexistência de um gabinete de utente

**Recomendação:** Não nos parece fazer sentido a criação de um gabinete de utente.

#### 3.2.2. Ausência de uma caixa de sugestões acessível

**Recomendação:** Iremos solicitar à DRC o envio da respectiva caixa de sugestões.

#### 3.2.3. Ausência de mecanismos de tratamento das sugestões/queixas dos utentes.

**Recomendação:** Tratamento dos dados recolhidos e consequente comunicação aos envolvidos (definir responsáveis e forma/data de tratamento dos dados);

3.2.4. No “Sistema de marcação de consultas” não existe monitorização de demora da marcação de consultas nem do tempo de espera no local da consulta, assim como um insuficiente sistema de marcação de consultas com hora marcada.

**Recomendação:** Reflexão conjunta sobre esta proposta de monitorização de consultas.

### 3.3. – Promoção da saúde

Esta área obteve uma apreciação global de 85,4, considerando-se como mais uma “área aceite”.

Teve como pontos fortes a existência de uma política favorável à comunidade (Referenciação dos doentes com DIC e fornecimento de preservativos), a preocupação em estabelecer parcerias internas e externas.

**Recomendação:** Criação de consultas a filhos de toxicodependentes: crianças e/ou adolescentes). Projecto que já foi elaborado e está para análise da DRC.

### 3.4.- Prestação de cuidados de saúde

Esta área foi cotada com 69,3 – “área aceite”. Revelou que, de uma forma geral, existe uma preocupação com boas práticas relativas a “acessibilidade às consultas”, continuidade e integração de cuidados, comunicação entre os profissionais, programas de tratamento diferenciados, protocolos e registos clínicos. No entanto existem alguns sub critério que deverão ser alvo de intervenção, designadamente:

3.4.1. “A impossibilidade de, regularmente, atender utentes já inscritos no CAT no próprio dia” – 4.1. B

**Recomendação:** Sempre que possível adoptamos esse procedimento, no entanto devemos ter em conta, por um lado o facto de não sermos um serviço com urgências, por outro por termos insuficiência de resposta médica.

3.4.2.“Inexistência de técnicos substitutos em situações de férias, doença, formação, e.t.c.”.

**Recomendação:** Quando há situações urgentes os técnicos substituem-se apesar de não ser uma política corrente dada a especificidade dos atendimentos (estes requerem uma relação de confiança e confidencialidade).

3.4.3.“Ausência de monitorização das presenças/ausências às consultas de referência”;

**Recomendação:** Existe controlo do técnico referência, no entanto não existe monitorização formal. Propõe-se que seja elaborada uma folha de registo que permita essa monitorização.

3.4.4.“Deficiente conhecimento atempado por parte de todos os profissionais em relação às datas de reuniões de serviço e respectiva ordem de trabalhos”;

**Recomendação:** Propõe-se que haja uma sensibilização ao director para que este dê conhecimento, atempadamente, aos profissionais sobre as datas de reuniões e respectiva ordem de trabalhos.

3.4.5. “A admissão efectiva do doente não ocorre após a apresentação, análise e discussão prévia do caso em reunião clínica de equipa”;

**Recomendação:** Sugere-se reflexão sobre esta questão, no entanto não nos faz sentido este item.

3.4.6. “Ausência de avaliação periódica trimestral dos doentes em psicoterapia”

**Recomendação:** Sugere-se que se faça avaliação periódica dos utentes em psicoterapia.

3.4.7. “Insuficiente diversidade de técnicas psicoterapêuticas conforme indicação clínica”;

**Recomendação:** Recomenda-se formação em diversas técnicas de intervenção psicoterapêuticas.

3.4.8. Relativamente às “linhas de orientação escritas sobre a organização e funcionamento do CAT” constatou-se que, embora existam alguns protocolos como: Circuito interno do utente, referenciação e confidencialidade de informação, o CAT não dispõe de uma orgânica funcional e higiene e segurança. Existe uma total ausência de protocolos escritos, de forma clara e inteligíveis compilados num manual acessível a todos e revistos regularmente.

Não temos sugestões, não é da responsabilidade da U.F.

3.4.9. A avaliação da “organização e qualidade dos registos clínicos” demonstrou que os “profissionais não utilizam a ficha de utente como suporte de registo clínico”; “Não está definido quem preenche os diferentes itens da mesma”; “Os E.A.D. não estão registados em folhas próprias do processo clínico”; “Não existe avaliação e monitorização dos registos clínicos”.

**Recomendação:** Propõe-se que todos os profissionais passem a utilizar a ficha de utente como suporte do registo clínico e que esteja definido quem preenche os diferentes campos da mesma. Sugere-se, ainda, que sejam criadas folhas próprias para registo dos E.A.D. e que cada técnico avalie e monitorize a qualidade dos seus próprios registos uma vez que são confidenciais.

### 3.5. Formação contínua e desenvolvimento da qualidade

Esta área foi cotada com 47 sendo uma “área sujeita a intervenção”. A avaliação e monitorização da qualidade dos serviços, da satisfação dos utentes e profissionais são pontos claramente a melhorar nos itens: “Avaliação e monitorização da qualidade” - 5.1. (todas as alíneas); “Avaliação da satisfação dos utentes – 5.2. (todas as alíneas); “Avaliação da satisfação dos profissionais – 5.3. (todas as alíneas).

Assim sendo torna-se prioritário:

3.5.1. Programar actividades como garantia de qualidade;

3.5.2. Avaliar a satisfação dos utentes e profissionais anualmente (com instrumento a desenvolver e forma de tratamento dos dados obtidos), sendo estes discutidos em reunião multidisciplinar.

3.5.3. Avaliar e monitorizar a qualidade organizacional do CAT.

### 3.6. - Instalações e equipamento

Esta área obteve 75,7 sendo considerada uma “área aceite.” Não obstante, existem algumas áreas sujeitas a intervenção, nomeadamente:

3.6.1. “Os Horários dos diferentes sectores de atendimento ao público, bem como o nome dos seus responsáveis não estão afixados”;

**Recomendação:** Elaborar e afixar os nomes dos profissionais, horários de atendimento e respectivas funções.

3.6.2. “Os profissionais não utilizam cartão de identificação”;

**Recomendação:** Solicitar ao IDT cartões de identificação.

3.6.3. “Insuficiente rede de transportes públicos adequados às necessidades e à distância razoável do CAT”;

**Recomendação:** Dar “feed-back” desta dificuldade às entidades competentes.

3.6.4. “Os gabinetes dos diferentes técnicos não dispõem de computadores nem de terminal de computador e não estão ligados em rede”;

**Recomendação:** Recomendamos que resolvam a situação o mais rápido possível, visto que as tecnologias de informação e comunicação se constituem como imprescindíveis na qualidade dos serviços.

3.6.5. “Não existe plano de emergência em caso de catástrofe”;

**Recomendação:** Dar “*feed-back*” desta dificuldade às entidades competentes.

#### **4. Conclusões**

A qualidade organizacional do CAT XXXXXX foi avaliada, na sua globalidade, de forma satisfatória, facto que pode, eventualmente, demonstrar uma evolução positiva na qualidade organizacional. Pensamos, também, que esta avaliação pode constituir-se como uma tomada de consciência, quer das boas práticas quer dos problemas existentes e um incentivo á introdução de melhoria contínua (medidas correctivas) na prática diária.

Apesar de algumas dificuldades, consideramos que este foi/é um trabalho extremamente positivo, importante e que pode ajudar a instituir uma cultura de avaliação nos nossos serviços – CAT’s.