

■ Capítulo 28 | Indicadores da Qualidade em Saúde

Ana Escoval

anaescoval@ensp.unl.pt
NOVA National School of Public Health,
Comprehensive Health Research Center (CHRC),
NOVA University Lisbon, Portugal

Ana Terezinha Rodrigues

aterezinha@gmail.com
Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, E.P.E.

Resumo:

A crescente importância que a gestão da qualidade tem vindo a assumir no desenvolvimento das organizações da saúde, encontra-se intrinsecamente associada às tomadas de decisão dos políticos que partilham uma preocupação comum, a de garantir que as pessoas que utilizam os cuidados de saúde, recebem os melhores cuidados possíveis, e que estes cuidados são seguros, eficazes e respondem às suas necessidades (OECD, 2019).

As reflexões explanadas neste documento, pretendem dar ao leitor uma visão generalizada de como gestão da qualidade e os indicadores da qualidade se encontram diretamente relacionados e de que forma estes têm evoluído nos seus diferentes níveis, ao longo das últimas décadas, na Europa e em Portugal. Com recurso à revisão da literatura, foram identificados os indicadores da qualidade em saúde, cuja estratificação nos permite perceber a sua importância numa perspetiva macro da saúde a nível nacional, meso a nível regional e micro a nível local, nas instituições de saúde. Por fim foi considerada a pertinência da sua utilização e a necessidade de um maior aprofundamento a nível local numa ótica de melhoria contínua, inovação e reorganização das organizações.

Palavras-chave: contratualização, indicadores, qualidade, saúde.

Abstract:

The growing importance that quality management has assumed in the development of healthcare organizations is intrinsically associated with the decision-making of politicians who share a common concern, that of ensuring that the people who use healthcare receive the best possible care, and that this care is safe, effective and meets their needs (OECD, 2019).

The reflections explained in this document aim to give the reader a generalized view of how quality management and quality indicators are directly related and how they have evolved at different levels, over the last decades, in Europe and Portugal.

Using literature review, health quality indicators were identified, whose stratification allows us to perceive their importance from a macro perspective of health, at the national level, meso level, at the regional level and, micro, at the local level, in healthcare institutions. health. Finally, the relevance of its use was considered, and the need for greater depth at a local level, with a view to continuous improvement, innovation and reorganization of organizations.

Keywords: contractualization, indicators, quality, health.

28.1 Introdução

Quando falamos de indicadores da qualidade em saúde, imediatamente nos vem à razão o porquê da sua existência, devendo-se esta última à necessidade de medirmos a qualidade dos serviços que nos são prestados. Palavras como qualidade, confiança, eficiência, satisfação, excelência, fazem parte do vocabulário que alicerçam esta temática. No entanto, ela é de tal forma abrangente e complexa, que consideramos ser necessário, trazer alguma luz sobre o seu desenvolvimento, para os leitores mais interessados nestas matérias.

A criação, em abril de 1999, do antigo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), sob a tutela da Direção-Geral da Saúde, cujo objetivo foi promover a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, bem como, promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade, das unidades prestadoras de cuidados de saúde, que permitiriam a sua acreditação, veio mudar o paradigma da Qualidade em Saúde em Portugal. Contribuíram para o efeito, as orientações da Declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) “Saúde para todos no ano 2000” na sua Meta 31, bem como, a Recomendação n.º 17/97, do Conselho da Europa, que enfatiza o conceito do sistema da qualidade ligado a um conjunto de atividades, planeadas com metas explícitas e, na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo por objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Biscaia, 2002). Em 2007, deu-se a extinção do IQS e foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde na DGS, o qual é o responsável pelo planeamento e melhoria da qualidade e sobre os processos de certificação e avaliação da qualidade nas instituições de saúde.

28.2 O papel da Gestão da Qualidade em Saúde

Contextualizando, quando falamos em Gestão da Qualidade em Saúde, de imediato pensamos o quão intrincado é desconstruir esta temática, em palavras simples. Basta pensarmos que a qualidade é um movimento, uma disciplina, tratando-se quase de um conceito intangível.

São habitualmente acontecimentos dramáticos que podem dar origem a grandes mudanças, como são o caso das guerras. A qualidade não foi exceção. Ela surgiu das necessidades sentidas, durante a Primeira Guerra Mundial. Foi um período de grande investimento na indústria bélica, em que as inovações tecnológicas chegaram de forma massiva ao armamento (Montalverde, 1967). Nesta altura muitos foram os produtos bélicos nos quais eram encontrados defeitos, ainda que muita da produção fosse supervisionada. Quando em 1939, rebentou a Segunda Guerra Mundial, assistiu-se à ascensão da revolução industrial e da produção bélica massificada, tornando-se de todo impossível inspecionar os milhares de produtos que saíam das linhas de produção. Foi quando se deu o desenvolvimento do controlo estatístico, do qual foi pioneiro Walter A. Shewart. A indústria foi impulsionada para a produção de materiais bélicos de qualidade, recorrendo a técnicas de controlo estatístico, de inspeção, à adoção de procedimentos científicos de inspeção por amostragem e à padronização. Foi a Shewart que se ficou a dever o Controlo Estatístico de Processos e o ciclo PDCA, método usado para resolver problemas, controlar e melhorar processos de forma constante.

No período pós Segunda Guerra Mundial, a Gestão da Qualidade atingiu o seu estatuto paradigmático, em primeiro lugar no Japão, recorrendo a um conjunto de ideias desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) por Shewhart, que as publicou pela primeira vez em 1930 no livro *Economic Control of Quality of Manufactured Products* (Rosa, Teixeira & António, 2009). Força dos constrangimentos vividos no pós-guerra, o Japão, ciente dos seus níveis de pobreza e de analfabetismo, mas caracterizado por uma sociedade com fortes convicções, enraizada em valores dos antepassados, reorganizou-se e a sua sociedade, em bloco, absorveu os valores que advinham do exterior e incorporou-os de uma forma flexível, o que lhes permitiu aumentar a sua competitividade e ser hoje uma das maiores potências mundiais. No tecido empresarial japonês, a Gestão da Qualidade foi enfatizada em todas as suas organizações. Em 1950, recorreram para o efeito, ao americano William Edwards Deming, estatístico e professor universitário, cujos métodos se focavam no controlo estatístico dos processos, testes de hipóteses e nas técnicas de soluções de problemas, para os ajudar a desenvolver a indústria japonesa, incorporando-lhes conceitos e conhecimentos sobre qualidade. Nessa altura assistiu-se a uma mudança significativa na indústria japonesa e, devido

ao esforço que passaram a desenvolver para a produção de produtos e serviços de alta qualidade, atingiram níveis de qualidade e de produção nunca vivenciados (Academy Europe, 2023).

Desde essa data até ao presente, são vários os referenciais dos Modelos de Gestão da Qualidade, os quais mais têm contribuído para o crescimento e melhoria das organizações. Destes destacam-se os suportados pela norma ISO 9001 e pelo modelo EFQM, nos mais variados setores dos mercados que garantem o desenvolvimento sustentável da humanidade.

Na área da saúde, são vários os indivíduos que ao longo da história têm contribuído para o desenvolvimento da Qualidade em Saúde, desde o Rei Hammurabi a Hipócrates, e a Florence Nightingale, entre muitos outros. Importa aflorar o trabalho de Nightingale e da sua equipa de enfermeiras, por terem levado a cabo um conjunto de investigações, durante a Guerra da Crimeia, que ocorreu de 1853-1855 e, cujo trabalho estatístico detalhado, permitiu melhorar as condições sanitárias dos locais onde as tropas inglesas, eram tratadas. Destacamos os registos das causas de morte dos soldados ingleses, muitas das quais eram devido a doenças evitáveis, tais como a cólera e a disenteria, em oposição aos ferimentos sofridos nos campos de batalha. Estas evidências estatísticas produzidas e, cujos registos, foram explanados em Diagrama de Área Polar, identificando as principais causas de morte, permitiram que ocorressem mudanças de comportamento e de condições sanitárias e ambientais, no local de tratamento, levando a uma descida significativa das taxas de mortalidade de 42%, para 2%.

Outros dois grandes nomes da Qualidade em Saúde, que se destacaram no século XX, foram Ernest A. Codman e Avedis Donabedian. Codman foi um cirurgião americano, conhecido como “Father of Outcome Management” nos cuidados que prestava aos doentes. O acompanhamento do progresso dos seus doentes era feito de forma sistemática, sendo os seus registos efetuados nos “Cartões de Resultados finais”. Estes continham um resumo de dados demográficos, de diagnóstico e do tratamento prestado, bem como dos resultados atingidos (Donabedian, 1988). Foi considerado um progressista nas suas teorias de acompanhamento dos doentes pós-alta, bem como no tipo de informação sobre resultados atingidos, que considerava dever ser partilhada publicamente, para que os doentes fossem orientados na escolha de médicos e hospitais. O outro Guru da Qualidade em Saúde foi Avedis Donabedian, médico de origem arménia, nascido em Beirute, radicado nos Estados Unidos, formado em medicina na Universidade Americana em Beirute e, mais tarde, na Universidade de Harvard nas áreas da epidemiologia e da administração de serviços de saúde. Também os seus trabalhos no âmbito da Saúde Pública, de uma dimensão vastíssima e, na Qualidade em Saúde contribuíram, inquestionavelmente, como ponto de viragem no desenvolvimento de uma ciência, que à época era ainda incipiente (Suñol & Frenk, 2001).

Em 2005, Donabedian escreveu um artigo, onde descreveu e avaliou os métodos que existiam para avaliar a qualidade dos cuidados médicos. Nele descreve também o seu modelo conceitual, onde apresentou a estrutura para avaliar a qualidade em saúde, argumentando que deveriam ser avaliadas as três dimensões do cuidado: estrutura, processo e resultado. Neste artigo existe uma preocupação na avaliação dos resultados dos cuidados médicos e dos processos, designadamente em termos de recuperação, restabelecimento da função, taxas de sobrevivência e mortalidade perinatal, de mortalidade cirúrgica e de restabelecimento social em doentes psiquiátricos (Donabedian, 2005).

Atualmente a Qualidade na Saúde é parte intrínseca do contexto em que todos vivemos. Na agenda 2030 da ONU, a qualidade vem explicitamente expressa nos seus objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), nomeadamente nos ODS 3 e 8, versando estes, a necessidade da cobertura universal de saúde e da inclusão da proteção contra os riscos financeiros ligados ao acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade. É importante referir que entre 5,7 a 8,4 milhões de mortes, que ocorrem nos países de baixo e médio rendimento, são atribuídas anualmente a cuidados de má qualidade e que 60% das mortes nestes países são devidas a condições que requerem cuidados de saúde, enquanto as restantes mortes resultam da não utilização do sistema de saúde (WHO, 2020). A qualidade inadequada dos cuidados de saúde nestes países impõe perdas anuais de produtividade, chegando a atingir custos de 1,4 a 1,6 biliões de dólares. Também nos países desenvolvidos, 1 em cada 10 doentes é ferido, enquanto recebe cuidados hospitalares, e 7 em cada 100 doentes hospitalizados podem esperar adquirir uma infeção, associada aos cuidados de saúde.

Segundo a OMS, sistemas de saúde de elevada qualidade poderiam prevenir 2,5 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, 900 000 mortes por tuberculose, 1 milhão de mortes de recém-nascidos e metade de todas as mortes maternas todos os anos, (idem).

Ainda segundo esta organização: “A qualidade dos cuidados é o grau em que os serviços de saúde, para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes, com o conhecimento profissional baseado em evidências. Esta definição de qualidade dos cuidados abrange a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, e implica que a qualidade dos cuidados pode ser medida e continuamente melhorada, através da prestação de cuidados baseados na evidência, que têm em conta as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços – doentes, famílias e comunidades.”

Os serviços de saúde, para serem reconhecidos como de qualidade, dependem da vastidão dos sistemas de saúde, dos prestadores e dos profissionais que neles trabalham. A tríade OMS, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e Banco Mundial consideram que só o esforço concertado entre governos, sistemas de saúde, cidadãos e doentes, e profissionais de saúde, para trabalharem em conjunto, poderá potenciar o objetivo de se alcançar a prestação de cuidados de saúde de qualidade, nas diferentes realidades da população mundial.

28.3 A integração dos Indicadores da Qualidade na Saúde

28.3.1 Conceitos

Da análise da literatura, conseguimos perceber que a qualidade deve ser sujeita a avaliação, para que se possam monitorizar e atingir os resultados esperados. Portugal, bem como a maioria dos países da União Europeia (EU), tem vindo a introduzir as alterações necessárias na governação em saúde e nas suas políticas, com os objetivos estratégicos de continuar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente pela obtenção de resultados convergentes com os melhores da Europa (Despacho n.º 5739/2015).

Os indicadores fazem parte do nosso quotidiano, indicam se um carro tem problemas no motor, através de um indicador que controla a temperatura ou o nível do óleo, os nossos *smartphones* ou os nossos computadores, que têm ícones com indicadores do nível de bateria, espaço disponível, memória, etc. Para um país, indicadores como as taxas de desemprego, o produto interno bruto e o índice de preços no consumidor esclarecem o estado da economia.

No sector da saúde, os indicadores podem informar sobre a qualidade e eficácia de várias intervenções ou tratamentos. Podem informar-nos sobre os resultados em termos de saúde, a qualidade dos cuidados e até a forma como o dinheiro público está a ser gasto. A maioria das iniciativas da qualidade explanam a necessidade do desenvolvimento e avaliação de indicadores de qualidade (Lawrence & Olesen, 1997; Mainz, 2003; EC, 2016).

Segundo Calhoun (2002) em Ciências Sociais um indicador é definido como “uma medida quantitativa que fornece informação sobre uma variável que é difícil de medir diretamente”.

Os indicadores servem para monitorizar o desempenho de algo (característica, parâmetro, processo), a atividade, de modo a obter mais informação para o seu planeamento e eventualmente para a sua melhoria (processos e resultados). São vistos como ferramentas de medida.

Extrapolando estes conceitos para a Saúde, a qualidade dos cuidados é difícil de medir diretamente porque é um conceito teórico que pode abranger diferentes aspetos dependendo da definição exata e do contexto de medição (OECD, 2019).

Segundo Seow *et al* (2022) um indicador de qualidade ou medida de qualidade é um processo ou medida de resultado acordado, que é utilizado para avaliar a qualidade dos cuidados, especificado com um numerador e um denominador, para indicar a população a que se destina, os cuidados recomendados e as exclusões. Os indicadores de qualidade podem ser classificados como pertencendo à estrutura (o ambiente em que os cuidados de saúde são prestados), processo (o método pelo qual os cuidados de saúde são prestados) e resultado (as consequências de cuidados de saúde).

É importante referir algumas características que os indicadores devem possuir: (1) validade, se o indicador medir o que pretende; (2) confiança, providencia a mesma resposta, se medido por pessoas diferentes, em circunstâncias similares; (3) sensibilidade, se capazes de medir a mudança, devendo refletir mudanças somente nas situações em causa. Esta última é difícil de ser atingida, devendo os indicadores ser entendidos como medidas indiretas ou parciais de situações que podem ser muito complexas.

28.3.2 Quadro indicadores em Saúde

Do ponto de vista da saúde, um indicador é considerado uma ferramenta de medida, usada para avaliar um aspeto mensurável do cuidado ao doente, como um guia, permitindo assim, avaliar o desempenho da organização de cuidados de saúde ou, individualmente, dos profissionais que nela trabalham (Marder, 1991). Estas ferramentas permitem-nos avaliar o desempenho dos serviços de saúde e garantir prestações de cuidados de saúde eficazes, seguros e centrados nos doentes.

Segundo Donabedian (2003) algumas das componentes da qualidade nos cuidados de saúde, que devem ser avaliadas através de um conjunto de indicadores, são: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimalidade (eficiência da atribuição de recursos), a aceitabilidade (consentimento), a legitimidade (de acordo com as normas) e a equidade (todos devem ter as mesmas oportunidades). A monitorização e a sua avaliação contínua permitem detetar falhas no sistema, melhorar os processos e garantir a prestação de cuidados de saúde com segurança, consistentes e de elevada qualidade.

Os indicadores podem ser considerados medidas usadas para descrever um estado de saúde e de bem-estar da população (indicadores do estado de saúde), e os fatores que determinam ou

influenciam a saúde (indicadores determinantes da saúde). São exemplo dos primeiros, anos de boa saúde, o estado funcional, e dos segundos, comportamentos e estilos de vida, estratégias de *coping*, estado socioeconómico, entre outros. Estas medidas-síntese contêm informação relevante sobre atributos e estado de saúde, bem como de desempenho do Sistema de Saúde, servindo para analisar a situação atual de saúde de uma população, realizar comparações, avaliar mudanças ao longo do tempo e avaliar sobre a execução das ações de saúde tomadas (Harrigon, 2000).

28.3.3 Contexto Internacional e Nacional

O desenvolvimento de indicadores tem aumentado ao longo das últimas décadas. São cada vez mais os países que têm integrado indicadores para monitorização das suas práticas em saúde.

São várias as organizações internacionais, que muito têm contribuído para o desenvolvimento de indicadores do estado de saúde (estado de saúde e determinantes de saúde) e do desempenho dos sistemas de saúde. Damos destaque aos três projetos que decorreram, de 1998 a 2008, sobre os Indicadores Europeus Básicos de Saúde (ECHI), anteriormente conhecidos como Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia, e que foram o resultado da cooperação, a longo prazo, entre os países da UE e a Comissão Europeia. O conjunto de indicadores identificado teve como objetivo fornecer as informações de saúde e dos sistemas de conhecimento comparáveis, dos diferentes países, para monitorizar a saúde a nível da união Europeia (EU, 2013). Pretendeu-se que estes projetos desenvolvessem um vasto sistema de informação sobre standards em saúde, com indicadores de saúde associados, para permitir aos responsáveis da informação em saúde, a nível nacional (dos diferentes estados-membros), incrementarem e adotarem, gradualmente, standards para monitorização e reporte a nível nacional e internacional, da saúde pública.

Também a OCDE, organização internacional que trabalha em estreita colaboração com decisores políticos, partes interessadas e cidadãos, na construção e no desenvolvimento de políticas mais adequadas, para melhorar a qualidade de vida da população, nomeadamente, através do estabelecimento de normas internacionais baseadas em evidências e no desenvolvimento de indicadores sobre a saúde das populações e o desempenho dos sistemas de saúde. Esta organização tem por horizonte, encontrar soluções para os desafios sociais, económicos e ambientais que têm contribuído para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e para a melhoria das condições de saúde, da população mundial. A OCDE todos os anos emite

um relatório, o “Health at a Glance”, o qual fornece, numa visão comparativa, um conjunto abrangente de indicadores sobre a saúde da população e o desempenho dos sistemas de saúde, nos países membros e nas principais economias emergentes. Estes indicadores abrangem o estado de saúde, os fatores de risco para a saúde, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde e os recursos do sistema de saúde. Juntamente com a análise de indicador a indicador, apresenta também um capítulo de visão geral, o qual resume o desempenho comparativo dos países e as suas principais tendências (OECD, 2023).

Importa referir que a compilação da informação dos diferentes países é realizada tendo por base a agregação dos diferentes indicadores de desempenho dos sistemas de saúde, a nível macro, meso e micro de cada um dos países, os quais congregam a informação que permitirá quantificar os indicadores do estado de saúde das populações, bem como os determinantes das mesmas. Para esta metodologia contribuíram alguns estudos realizados internacionalmente. Damos destaque aos estudos *Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe* (DUQuE) e *Quality and Safety in Europe by Research* (QUASER), nos quais Portugal foi país parceiro.

O estudo DUQuE, realizado por um consórcio de instituições académicas, de saúde e hospitalares, de vários países, e liderado pelos investigadores Oliver Groene, da London School of Hygiene and Tropical Medicine, e Rosa Suñol, da Fundação Avedis Donabedian, visou identificar os mecanismos mais efetivos, em termos de qualidade e segurança do doente, para guiar os hospitais e os departamentos de contratualização na negociação com os serviços dos hospitais (Groene *et al*, 2014). O estudo QUASER foi realizado por um consórcio entre investigadores, oriundos de universidades, instituições de saúde e sociais e, hospitais de cinco países da Europa, liderado por Glenn Robert, da Unidade de Investigação em Enfermagem do King’s College de Londres, tendo por principais objetivos, explorar as relações entre as características organizacionais e culturais dos hospitais e como estas impactam a qualidade dos cuidados de saúde; para o efeito foi realizada uma análise multinível aprofundada, aos níveis macro (sistema nacional de saúde), meso (hospitalar) e micro (equipas clínicas da linha da frente), isoladamente e em interação entre si, para avaliar de que forma afetavam a eficácia clínica, a segurança do doente e a experiência do doente, e simultaneamente perceber de que forma poderiam ser vistos como possíveis determinantes-chave, da qualidade sustentada nos cuidados de saúde (Robert *et al*, 2011). Ambos os estudos deram origem a um Guia, para os hospitais potenciarem internamente o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade.

28.3.4 Indicadores do Plano Nacional de Saúde (nível macro)

A nível nacional, sob a égide do Ministério da Saúde, a Saúde encontra-se altamente regulada, encontrando-se sob a sua administração direta, a Direção-Geral da Saúde (DGS), com atribuições na coordenação nos domínios do planeamento estratégico, da monitorização e avaliação da qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde prestados e das relações internacionais. À DGS encontram-se igualmente atribuídas competências no domínio da monitorização e controlo da qualidade e da segurança das atividades dos serviços de sangue e colheita, análise e manipulação de tecidos e células de origem humana. em resultado da extinção da Autoridade para os Serviços do Sangue e da Transplantação. Tem também sob a sua administração indireta a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), com atribuições de coordenação das atividades para a definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos e de coordenação das áreas de administração geral dos diferentes serviços, bem como de elaboração de todo o orçamento do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 124/2011).

Tendo em conta o enquadramento supra, recai sobre estas duas instituições a monitorização do desempenho na área da saúde aos diferentes níveis, macro, meso e micro. Assim sendo, a nível macro, as atuais orientações estratégicas do planeamento em saúde, encontram-se vertidas no Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030), Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.

O PNS 2030 tem, como grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030, investir nos determinantes da saúde e bem-estar, pelo reforço dos fatores protetores da saúde e redução dos fatores de risco, *sem deixar ninguém para trás*, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras, a saber: (1) reduzir as desigualdades, (2) promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis, (3) Minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde, (4) Reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis e (5) Manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados. (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Foram definidos para o PNS 2030 os objetivos de saúde, com a obrigatoriedade da sua quantificação, nomeadamente os determinantes a avaliar e os indicadores intrínsecos para cada objetivo selecionado, tendo em conta a disponibilidade de séries temporais de dados de dimensão e qualidade, adequadas à sua quantificação, bem como indicadores de seguimento ao longo do tempo. *Idem*.

28.3.5 Indicadores de contratualização do SNS (nível meso e micro)

Não nos querendo perder na imensidão do que é a contratualização importa, no entanto, referir alguns aspetos que estiveram na sua génese no sistema de saúde português.

A década de 90 foi marcada por grandes reformas nos sistemas de saúde na Europa, com o reforço ou a reconstituição das relações da responsabilização, assegurando entre estas o chamado triângulo clássico do regime de bem-estar na saúde: *cidadão-intermediário/agente-prestador*, surgindo assim o conceito do 3º pagador público. A “função agência”, que estava subjacente à figura deste intermediário/agente, era efetivamente a de avaliador dos dispositivos organizacionais. Vale a pena referir que os dispositivos de contratualização se constituem como um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos (OPSS, 2001).

As famosas recomendações, do então relatório da auditoria ao SNS, levada a cabo pelo Tribunal de Contas (1999), apontaram para algumas linhas de desenvolvimento do sistema de saúde português, das quais damos destaque à implementação de sistemas de gestão da qualidade e à necessidade de expansão dos processos de contratualização. Este último, com a função de ajustar o financiamento à produção e conseqüentemente a fixação de metas da produção, como forma de garantir uma maior eficiência no desempenho das instituições de saúde. Este desiderato vinha em alinhamento com as orientações do relatório da OCDE de 1998, que apontavam para a necessidade de desenvolvimento do sistema de contratualização, já iniciado em Portugal em 1996, mas que carecia de maior incremento e consolidação. E até ao ano 2000, o sistema foi sendo implementado progressivamente, desenvolvendo-se o processo, enquanto caminho de aprendizagem na busca de uma maior e melhor regulamentação estratégica e das estruturas, permitindo assim abordagens mais inovadoras, fomentando o aumento do controlo e a robustez do sistema.

Outro marco neste desenvolvimento foi quando, em 2002, o governo procedeu à alteração do estatuto legal de 34 hospitais do SNS e os converteu em empresas SA, trazendo, associada a esta mudança, alterações nas modalidades de pagamento, dos cuidados que estas entidades prestariam, aos utentes do SNS (Valente, 2010). Mas as experiências gestionárias do Estado português não se ficaram por aí. Em 2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, assiste-se à transformação em entidades públicas empresariais de 31 hospitais com a natureza de sociedade anónima, abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, e à atribuição de natureza de entidade pública empresarial ao Hospital de Santa Maria e ao Hospital

de São João, até à altura integrados no sector público administrativo, aprovando os respetivos Estatutos (Mateus, 2014).

A gestão empresarial dos hospitais é uma velha aspiração do sistema e dos profissionais da saúde em Portugal. Já o Estatuto Hospitalar de 1968 previa a organização e a gestão dos hospitais «em termos de gestão empresarial». A Lei de Bases da Saúde, de 1990, relembra que a administração das unidades de saúde deveria obedecer a «regras de gestão empresarial». O Hospital Fernando da Fonseca, criado desde 1991, foi objeto de concessão de gestão por contrato, precedendo concurso público, a uma entidade privada, em 1995. Em 1997, o relatório do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital recomendava a adoção da figura de instituto público com natureza empresarial, adequada autonomia de gestão e forte responsabilidade, podendo regular-se, em alguns domínios, por normas de direito privado. Em 1998 foi criado o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, com formas inovadoras de gestão, utilizando meios de gestão maleáveis. Em 1999 foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, englobando não apenas o Hospital de Pedro Hispano, naquela cidade, mas também os quatro centros de saúde da sua área de atração. Em 2001 foi criado o Hospital do Barlavento Algarvio, em moldes semelhantes aos do Hospital de São Sebastião. Os restantes hospitais públicos mantiveram a estrutura e regras de funcionamento convencionais. Observa-se que o modelo de gestão convencional do hospital público tem hoje consequências desfavoráveis para os cidadãos, para os profissionais que nele trabalham e também para o sistema de saúde no seu conjunto.

Em 2002, uma nova lei alterou disposições da Lei de Bases da Saúde de 1990 e aprovou um novo regime jurídico de gestão hospitalar. De acordo com ele, a rede de prestação de cuidados de saúde passou a integrar vários modelos de hospitais: hospitais SPA, hospitais EPE, hospitais SA, clínicas privadas com ou sem nome de hospital, instituições e serviços geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão e hospitais PPP. Analisam-se os ganhos introduzidos pelo modelo inovador de hospital SA, no que respeita ao estatuto, dotação de capital, poderes especiais, regras de controlo financeiro, regimes laborais, órgãos sociais, instrumentos de gestão e direção técnica. Finalmente, antecipa-se um quadro analítico de oportunidades e riscos sobre este modelo. As críticas têm-se concentrado sobre a estratégia de mudança e sobre o mecanismo de escolha dos dirigentes e das respetivas chefias intermédias. Em relação à estratégia, conclui-se ser a questão mais empírica do que conceptual. Em relação à forma de identificação dos dirigentes, recomenda-se o acompanhamento crítico da experiência, salientando-se, a par do que ela pode trazer de positivo, os riscos de partidarização e instabilidade.

António Correia de Campos, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 21, nº 1 — janeiro/junho 2003

É também em 2005, que se retoma o processo de contratualização (interrompido deste 2000), primeiro com os Hospitais e no ano seguinte com os cuidados de saúde primários, aí com as recentes unidades de saúde familiares, entretanto criadas.

Em 1 de junho de 2007 foi publicado o Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio, criando a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), instituto público integrado na administração indireta do Estado, vocacionado para prosseguir as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro. Foi, entretanto, aí criada a Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, cujo objetivo era dar continuidade ao trabalho desenvolvido no período anterior, mas também potenciar esse trabalho através desta nova unidade na ACSS, com as competências e atribuições que lhe tinham sido atribuídas e que eram as seguintes:

- a) efetuar o estudo de modelos de financiamento e modalidades de pagamento para o sistema de saúde;

- b) proceder à definição de cláusulas gerais dos contratos programa a celebrar com os serviços e estabelecimentos públicos (hospitais, centros de saúde, etc.) e com os privados que integram a rede do SNS, bem como do clausulado tipo de acordos de cooperação na área dos cuidados de saúde com entidades particulares de solidariedade social;
- c) monitorizar os sistemas de custeio para a formação dos preços;
- d) definir a metodologia de distribuição dos recursos financeiros pelas regiões;
- e) apoiar as agências de contratualização na contratação dos cuidados de saúde;
- f) definir e implementar o modelo de gestão das convenções e contratação com prestadores privados;
- g) estudar, implementar e garantir a qualidade de sistemas de classificação de doentes, incluindo auditorias de codificação;
- h) realizar o acompanhamento nacional da execução dos contratos-programa, nas vertentes de produção e económico-financeira;
- i) implementar processos de melhoria no âmbito da faturação;
- j) criar instrumentos de apoio à contratualização interna de forma a garantir e consolidar o processo de contratualização.

Entre 2007 e 2008 foi dada continuidade ao processo de contratualização, foram melhorados os mecanismos de monitorização e controlo tendo para o efeito sido desenvolvidos os termos de referência para a contratualização dos diferentes níveis de cuidados de saúde, prosseguindo com a operacionalização do modelo de Gestão Integrada da Doença aplicado inicialmente à Insuficiência Renal Crónica, à Esclerose Múltipla e à Obesidade e foi criado um sistema de informação para o acompanhamento e controlo deste processo, em parceria com a Direção Geral da Saúde (DGS) – a plataforma GID (<http://gid.min-saude.pt/estatisticas/index.php>).

Nos últimos cerca de 17 anos muitas foram as melhorias introduzidas, nomeadamente ao nível da especificação dos indicadores utilizados.

Mas, convém explicitar o que no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), se entende por indicadores de contratualização, enquanto ferramentas fundamentais para a gestão e avaliação de desempenho, especialmente nos níveis meso (região ou sub-região) e micro (unidades/serviços de saúde). Esses indicadores orientam as negociações, monitorizam a qualidade dos serviços prestados e avaliam a eficiência dos recursos atribuídos.

Vejamos alguns exemplos de indicadores em cada um dos níveis:

Figura 28.1 - Indicadores de contratualização do SNS



Fonte: Output request from: ChatGPT (OpenAI). 2024 Oct. 18. Available from: <https://chatgpt.com/g/g-kr4mnJ5kT-gpt-chat-portugues>

28.3.6 Nível meso (região/sub-região)

Neste nível, os indicadores de contratualização são mais amplos e focam-se na gestão regional dos recursos de saúde e nos resultados populacionais. Alguns exemplos:

- **Taxa de cobertura dos cuidados de saúde primários:** percentagem da população coberta por cuidados de saúde primários, medindo o acesso e a cobertura da população.
- **Taxa de internamentos evitáveis:** internamentos que poderiam ter sido prevenidos com cuidados primários eficientes, um indicador de efetividade dos serviços de saúde regionais.
- **Tempo médio de espera para consultas e cirurgias:** indicador da acessibilidade aos cuidados hospitalares, avaliando o tempo de resposta do sistema de saúde.
- **Taxa de mortalidade evitável:** mortalidade que poderia ter sido evitada com intervenções de saúde pública e assistência médica adequada, servindo como métrica da qualidade e efetividade das políticas regionais.
- **Custo per capita com cuidados de saúde:** indicador que avalia a eficiência no uso dos recursos financeiros numa determinada área geográfica.

28.3.7 Nível micro (unidade/serviço de saúde)

Neste nível, os indicadores são maioritariamente direcionados para o desempenho das unidades tais como, como centros de saúde, hospitais ou clínicas. Alguns exemplos:

- **Taxa de adesão à vacinação:** percentagem de utentes que seguem o calendário de vacinação, refletindo a capacidade de promover a saúde preventiva.
- **Tempo médio de consulta:** avalia a qualidade e eficiência das consultas médicas nas unidades de saúde.
- **Índice de satisfação dos utentes:** mede a satisfação dos utentes com os serviços prestados, sendo decisivo para avaliar a qualidade do atendimento e a experiência do doente.
- **Taxa de reinternamento (30 dias após alta):** indicador de qualidade hospitalar, medindo a frequência de readmissões de doentes recentemente tratados.
- **Taxa de cumprimento de protocolos clínicos:** percentagem de conformidade com protocolos clínicos estabelecidos, como os de tratamento de doenças crónicas ou controlo de infeções.
- **Indicadores de eficiência operacional:** demora média hospitalar, taxas de utilização de camas, ou proporção de consultas realizadas face às previstas.

28.3.8 A importância dos indicadores

A contratualização no SNS procura equilibrar a qualidade dos serviços com o uso eficiente de recursos.

Os indicadores no nível meso permitem uma visão mais global e estratégica, orientando as decisões de distribuição de recursos e políticas de saúde. Já os indicadores micro facilitam o acompanhamento detalhado do desempenho e a qualidade das unidades, estimulando a melhoria contínua e a responsabilização.

Estes indicadores são fundamentais para assegurar que o SNS pode oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade, acessíveis e sustentáveis.

28.4 Conclusão

Este capítulo pretendeu dar uma visão de forma generalizada sobre os indicadores da qualidade, aos diferentes níveis, em que a sua utilização é requerida. Foi possível perceber que os diferentes atores, utilizam distintos tipos de indicadores, consoante a informação sobre a qualidade dos cuidados de saúde, sobre os quais têm que dar resposta.

Um dos principais objetivos na implementação dos sistemas de gestão da qualidade, é que estes possam melhorar o desempenho global das organizações e que proporcionem o incremento de medidas que, aconselhem e se revejam, nos objetivos de desenvolvimento sustentável, considerados pela ONU, designadamente nos que têm a capacidade de desencadear inovação, crescimento económico e desenvolvimento, a uma escala sem precedentes.

Ao longo dos itens abordados, é perceptível que os indicadores de qualidade baseados em resultados, como os utilizados pela OCDE, são úteis para comparações internacionais ou para a definição de agendas nacionais. No entanto para os prestadores, como os hospitais ou os cuidados de saúde primários, podem ser necessários indicadores mais específicos, relacionados com os processos de cuidados, de forma a permitir a melhoria da qualidade. Para estes últimos, precisamos de abordagens metodológicas assentes no modelo de Donabedian, planeando e estratificando a avaliação dos seus objetivos, recorrendo a indicadores de estrutura, processo e resultados, com metas bem definidas e processos de monitorização e controlo associados.

Efetivamente ambientes dinâmicos, complexos e altamente regulados como os da Saúde, ao nível dos cuidados, precisam de indicadores de desempenho capazes de refletir a adoção das práticas de correção e melhoria contínua, mas que também possam ser capazes de refletir inovação disruptiva e reorganização.

Referências

- Academy Europe. (2023). *Histórico do movimento da qualidade*. Hannover: Academy Europe. <https://academyeurope.eu/pt/quality-management-systems/3-history-of-the-quality-movement/>.
- Biscaia, J. L. (2002). Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde*, 6, 6-11.
- Calhoun C (2002). *Oxford dictionary of social sciences*. New York: Oxford University Press.
- Cordeiro, H. (2013). Contratualização no Sistema Nacional de Saúde Português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 115-123.

- Costa, A.R.M. (2016). *Avedis Donabedian, por Don Berwick, 50 anos depois*. LinkedIn Corporation. <https://www.linkedin.com/pulse/avedis-donabedian-por-don-berwick-50-anos-depois-al%C3%A9xia-costa/>
- Council of Europe. Committee of Ministers (1997). *Recommendation No. R (97)17*. Brussels: Council of Europe. <https://rm.coe.int/0900001680506e0d>.
- Crisp, L.N. (2014). *Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Decreto-Lei n.º 124/2011. *Diário da República* n.º 249/2011, Série I de 2011-12-29, 5491-5498. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 219/2007. *Diário da República* n.º 103/2007, Série I de 2007-05-29, 3509-3512. Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
- Decreto-Lei n.º 233/2005. *Diário da República* n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29, 7323-7333. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos.
- Decreto-Lei n.º 93/2005. *Diário da República* n.º 109/2005, Série I-A de 2005-06-07, 3636-3637. Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais
- Despacho n.º 5739/2015. *Diário da República* n.º 104/2015, Série II de 2015-05-29, 13878-13879. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 9. pp. 7-24.
- Escoval, A., Sakellarides, C., Ferreira, P.L., Pedro, A. R., Rodrigues, A., Justo, C., ... & Raposo, V. (2009). *10-30 anos: razões para continuar: relatório de Primavera 2009*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Escoval, A., Santos, A. & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: o caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10 (1). pp. 17-27. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1858>
- Ferreira, A. C., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T. & Ribeiro, R. (2010). A contratualização de cuidados de saúde. In: Simões, J., coord. *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Almedina. pp. 425-459. (Olhares sobre a saúde). ISBN 978-972-40-4110-0.
- França, M. (2011). DUQuE - Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe. *Presentation of the Study, as National Coordinateur*.
- Groene, O., Sunol, R., Consortium, on behalf of the Duq. P., Klazinga, N., Kringos, D. S., Lombarts, M., Ploch, T., Lopez, M. A., Secanell, M., Sunol, R., Vallejo, P., Bartels, P., Kristensen, S., Michel, P., Saillour-Glenisson, F., Vlcek, F., Car, M., Jones, S., Klaus, E., ... Thompson, A.

- (2014). The investigators reflect: what we have learned from the Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE) study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(Suppl.1), 2–4. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu024>
- Harrigan, M. (2000). *Quest quality in Canadian health care: continuous quality improvement*. 2nd ed. Vancouver: British Columbia.
- Lawrence M, Olesen F (1997). Indicators of Quality in Health Care. *European Journal of General Practice*, 3(3):103–8.
- Marder, R. J. (1991). Measuring the quality of care for the cancer patient. *Cancer*, 67(6 Suppl), 1753–1758. <https://doi.org/10.1002/cncr.2820671811>.
- Mateus, C. (2015). Modelos de avaliação de desempenho e contratualização em saúde. Lisbon: LIDEL.
- Mateus, E. (2014). *A gestão de resultados em instituições públicas: o caso dos hospitais EPE*. Lisboa: Instituto Politécnico de Bragança. Dissertação de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10198/12396>
- Montalverde, G. (1967). *Portugal na Batalha de La Lys*. Emissora Nacional.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). Conhecer os caminhos da saúde: relatório de Primavera 2001. Lisboa: OPSS. <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2001>.
- OECD (2023), *Health at a glance 2023: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD/EU (2022). *Health at a glance: Europe 2022*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019). *Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* (R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (eds.)). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/pdf/Bookshelf_NBK549276.pdf
- Portugal, R., Sena, C., Cortes, M., Vieira, C., Alves, I. (2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. ACSS (2023). *Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS): homepage*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2023. www.acss.min-saude.pt
- Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. (2017). *Acontece 10 anos ACSS*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2017. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Acontece-ACSS-Edicao-Especial-10-Anos-junho-2017.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. (2019). *Manual de apoio à contratualização*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. (2022). *Relatório de atividades*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2024). *Para um melhor sistema de informação de saúde do serviço das pessoas*. Lisboa: Conselho Nacional de saúde. <https://www.cns.min-saude.pt/>.
- Portugal. Ministério da Saúde. DGS. (2020). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Lisboa: Direcção-Geral da saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>.

- Portugal. Serviço Nacional de Saúde (SNS): homepage. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Relatório de contratualização Cuidados de Saúde Primários 2020/2021.
- Robert, G. B., Anderson, J. E., Burnett, S. J., Aase, K., Andersson-gare, B., Bal, R., Calltorp, J., Nunes, F., Weggelaar, A., Vincent, C. A., & Fulop, N. J. (2011). A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol. *BMC Health Services Research*, 11, 285. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-285>.
- Rosa, Á., Teixeira, A., & António, N. (2009). Porque foi o Japão pioneiro da adoção da gestão da qualidade? *Revista TQM*, 0, 33 – 46.
- Seow, H., Snyder, C. F., Mularski, R. A., Shugarman, L. R., Kutner, J. S., Lorenz, K. A., Wu, A. W., & Dy, S. M. (2022). A Framework for Assessing Quality Indicators for Cancer Care at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 903–912. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.024>.
- Suñol, R. & Frenk, J. (2001). Editorial. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, Suplemento nº 1, S6-S7.
- Tribunal de Contas. (1999). *Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Tribunal de Contas.
- Valente, M.C. (2010). Contratualização nos hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25–39.
- WHO. (2020). Quality health services: key facts. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health>
- EC (2016). So What? Strategies across Europe to assess quality of care. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. European Commission (EC). Brussels: European Commission.

Bibliografia

- Antunes, E., Gonçalves, J., Santos, M., & Al., E. (2011). Contratualização em saúde: efectividade do sistema de incentivos. In: *8º Congresso Nacional da Administração Pública, Carcavelos, 21-22 novembro*. Lisboa: Instituto Nacional de Administração promove congresso, dias 21 e 22 de Novembro, na Torre d’Aguilha, Carcavelos. p. 191–217.
- Barros, P. P., Almeida Simões, J., & Costa-Font, J. (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1–156.
- Canadian Institute for Health Information. *Getting to know health indicators*. Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information. <https://www.cihi.ca/en/getting-to-know-health-indicators>.
- Conselho Económico e Social (2018). *A saúde e o estado: o SNS aos 40 anos*. Coimbra: Almedina.
- Croco, A.B. (2016). *Evolução histórica da qualidade: a era do controle estatístico*. <https://gestaodaqualidade1.wordpress.com/a-era-do-controle-estatistico/>.
- Escoval, A. & Vaz, A. (2010). *Financiamento e classificação de doentes: Grupos de Diagnóstico Homogêneos*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH).
- Escoval, A. (2010) Prefácio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 9. pp. 3-4.
- Escoval, A. & Matos, T. (2009) A contratualização e regulação nos hospitais. In: Campos, L.; Borges, M.; Portugal, R. (eds.). *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras. pp. 149-186.

- Estêvão, C., & Perdigão, A. (2021). Contraturalização hospitalar: uma breve análise sobre empresarialização dos Hospitais Públicos Portugueses no início do século XXI. *Cuid'arte: Revista de Enfermagem*, 7–11.
- Mainz J (2003). Defining and classifying indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6):523–30.
- Nogueira, P., & Pinto, F. J. (2019). Indicadores de saúde em Portugal: o caminho para a avaliação de resultados. *Jornal Médico*, 35(1), 23-29.
- Nunes, F. G., Robert, G., Weggelaar-Jansen, A. M., Wiig, S., Aase, K., Karlton, A., & Fulop, N. J. (2020). Enacting quality improvement in ten European hospitals: a dualities approach. *BMC Health Services Research*, 20(1), 658. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05488-9>.
- Pires, A. (2016). *A contraturalização de cuidados de saúde em Portugal: uma análise dos indicadores de desempenho*. Porto: Universidade do Porto. Tese de Doutoramento
- Seelbach CL, Brannan GD. Quality Management. [Updated 2023 Mar 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/>
- Shaw, C., Kutryba, B., Crisp, H., Vallejo, P., & Suñol, R. (2009). Do European hospitals have quality and safety governance systems and structures in place? *Quality and Safety in Health Care*, 18(Suppl 1), i51. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029306>.
- Simões, J. A., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184.

Authors Profiles

Ana Escoval é Licenciada em Economia e diplomada em Administração Hospitalar, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, é doutorada em Gestão e Mestre em Ciências Empresariais, na especialidade de Gestão, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial, pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. É Investigadora do Centro de Investigação em Saúde Pública (CISP) e do Centro de Investigação Integrada em Saúde - Investigação, Educação e Inovação em Investigação Clínica e Saúde Pública (CHRC) na ENSP. Preside ao Conselho Geral do Instituto Politécnico de Beja e é membro do Conselho Geral da Fundação para a Saúde – SNS, foi Sócia Fundadora da Associação Portuguesa de Desenvolvimento Hospitalar (APDH) e integra a Direção da mesma. Tem vasta publicação de artigos científicos, livros e capítulos de livros. Foi Subdiretora-geral da Saúde e Diretora Coordenadora da Unidade de Financiamento e Contraturalização da Administração Central do Sistema de Saúde. Presidiu ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central de 2016-2019, e foi até à sua aposentação (em 2021) assessora do Conselho de Administração no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Enquanto sócia da APAH, foi-lhe atribuída em 2021, a distinção de Sócia de Mérito.

Ana Terezinha Rodrigues é Licenciada em Radiologia pela ESTeSL e Especialista em Radiologia pela Egas Moniz School of Health and Sciences. É Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde e Pós-Graduada em Estudos Avançados em Business Administration e em Gestão dos Serviços de Saúde, pelo ISCTE. Foi Coordenadora e docente da Pós-Graduação em Coordenação de Unidades de Saúde de 2012 a 2015 e foi coordenadora e Professora Adjunta Convidada da Licenciatura em Radiologia da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, de 2001-2015. É Diretora do Serviço Gestão da Qualidade da ULS Almada -Seixal, EPE. É também Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança, desde 2013, Membro do Conselho Científico do Centro Garcia de Orta do HGO e Vice-presidente da Comissão para a Igualdade e Conciliação. É vogal da Direção da APDH desde setembro de 2024 e membro dos Órgãos

Sociais, desde 2021. É Membro da ISQua's Academy of Quality and Safety in Health Care, desde abril 2023 e é também Membro da Academia da RIQUAL, Rede Investigadores da Qualidade, desde 2022. É Auditora Coordenadora de Sistemas de Gestão da Qualidade, certificada pelo CQI e IRCA, desde 2021 até à presente data e é vogal da Comissão Técnica (CT) 87 “Tecnologias para a Saúde” e da Subcomissão SC 04 – Qualidade e Nomenclatura, pela APORMED, desde 2015. As suas áreas de interesse são gestão da qualidade, auditoria, investigação, gestão e envelhecimento.