



Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

Indicadores de Desempenho em Saúde – Reflexão Teórica e Prática

Miguel Eça de Matos

III Curso Mestrado em Gestão da Saúde

Orientador: Professor Doutor Carlos Costa

Lisboa, Agosto de 2009

À Teresa e ao Tomás
Ao meu Pai e em especial à minha Mãe.

A Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da responsabilidade do seu autor.

Agradecimentos

Diz-se que todas as viagens se iniciam com um primeiro passo, e esta não é diferente. Quando há mais de três anos atrás me propôs iniciar este mestrado confesso que estava ainda longe de compreender a quantidade de informação relevante que iria adquirir durante o caminho. Agora que consigo ver o final encontro-me com um misto de alívio e desânimo. Alívio pois consegui ultrapassar mais um objectivo e desânimo pois sei que nenhum estudo fica completo, nenhuma especialização representa o fim do conhecimento, mas apenas o início de uma nova fase.

A todos os que me acompanharam durante esta viagem que foi feita em duas partes e em particular aos meus colegas do II e III Mestrado de Gestão em Saúde o meu sincero obrigado.

Em especial gostaria de agradecer, aqueles a quem eu recorri mais durante a elaboração deste trabalho de projecto:

- Ao Professor Doutor Carlos Costa pelas importantes orientações e caminhos que me abriu, apesar do curto espaço de tempo que lhe dei.
- Ao Dr. Paulo Boto pelo incrível manancial de informação que me sugeriu numa altura em que me encontrava com dúvidas sobre um aspecto relacionado com indicadores.
- À Dr.^a Íris Domingos e à Enf.^a Mestre Sandy Severino, minhas colegas de curso, pelos conhecimentos que me deixaram partilhar via os seus trabalhos de projecto.
- À Teresa um especial agradecimento pela eterna paciência de me aturar durante as revisões dos textos.

Obrigado.

“Quando se consegue medir e expressar em números aquilo de que estamos a falar, sabemos alguma coisa acerca desse assunto; mas, quando não conseguimos medir nem traduzir em números, o nosso conhecimento é pobre e insatisfatório”

Lord Kelvin, Lecture to the Institution of Civil Engineers, Maio de 1883

Resumo

Palavras-chave: Avaliação de desempenho, Indicadores, Tabelaux de Bord, Balanced Scorecard, Dados, Gestão em Saúde

O presente trabalho aborda a temática da avaliação de desempenho do ponto de vista dos vários intervenientes no sistema de saúde português.

Propõe a criação de indicadores de desempenho para um sistema nacional, em que cada patamar tem o seu próprio modelo definido. Estes modelos de organização dos dados são uma forma de concatenar dois dos modelos mais utilizados, o painel de controlo de gestão e o balanced scorecard.

Os dados esperados pelo autor levam a concluir pela inexistência de um sistema tal como o proposto. No entanto alguns dos dados existentes são suficientes para iniciar um processo futuro de análise a partir deste trabalho de projecto.

Abstract

Keywords: Performance, Indicators, Tableaux de Board, Balanced Scorecard, Data, Healthcare Management

The present essay focuses on the evaluation of performance from the point of view of all the managers in the Portuguese healthcare system.

It proposes the creation of performance indicators in every stage of the healthcare system. The way this is done is by linking together two of the most used models in the world, the tableaux de board and the balanced scorecard.

The author is lead to conclude that given the availability of data in Portugal such a model does not exist. However given that some data is available it is possible to initiate a process of future analysis taking the present essay into account.

Índice

Introdução.....	1
1. Definição do Problema – Perguntas de Investigação.....	8
1.1. Qualidade, Método de Organização e Fiabilidade das Fontes e dos Dados....	8
2. Construção de um sistema de desempenho em saúde.	10
2.1. Como construir um indicador.	10
2.1.1. Exemplo prático de um indicador.	11
2.2. Porque devemos agrupar os indicadores.....	17
2.2.1. Painel de Controlo de Gestão.....	19
2.2.2. Balanced Scorecard	22
3. Níveis de informação e formas de agrupar informação.....	29
3.1 Análise SWOT - Tableau de Bord e Balanced Scorecard.....	30
3.2 Uma alternativa aos modelos tradicionais para o Sistema de Saúde	32
4. Método de Recolha de Dados Proposto	43
4.1. Questionário com o título “De onde provém os dados de gestão usados para acompanhar a evolução do seu serviço, departamento, hospital, ARS, da ACSS?”	43
4.1.1. O porquê deste questionário	44
4.1.2. Definição de inquérito para responder às hipóteses – Qualidade e Quantidade dos Indicadores à disposição.....	46
4.1.2.1. Direcções Centrais do Sistema de Saúde	47
4.2.1.2. Regiões de Saúde	51
4.2.1.3. Hospitais, Grupos de Centros de Saúde	54
4.2.1.4. Serviços Médicos e Centros de Saúde.....	58
4.1.3. Definição de inquérito para responder às hipóteses – Fiabilidade dos dados e auditorias.....	58
5. Dados esperados	63
5.1. Comparação dos dados existentes com o modelo proposto.....	69
6. Conclusões.....	71
6.1. Discussão.....	71

Bibliografia

Índice de Figuras

Figura 1 – Úlceras de Pressão pontos mais comuns	11
Figura 2 – Exemplo de Painel de Controlo de Gestão (Hospitalar)	20
Figura 3 - BSC em organizações do sector público.....	23
Figura 4 – Indicadores para o Sistema de Saúde Nacional.....	33
Figura 5 – Indicadores para as Regiões de Saúde	36
Figura 6 – Indicadores para os Hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde	40
Figura 7 – Fluxo da Informação no Sistema proposto	42
Figura 8 – Modelo para o Sistema de Saúde - Qualidade	47
Figura 9 - Modelo para o Sistema de Saúde - Acesso	49
Figura 10 - Modelo para o Sistema de Saúde - Custo	50
Figura 11 – Modelo para as Regiões de Saúde – Variáveis Externas	52
Figura 12 - Modelo para as Regiões de Saúde – Variáveis Internas	53
Figura 13 – Modelo para Unidades Clínicas – Vectors de Pressão	55
Figura 14 - Modelo para Unidades Clínicas – Forças da Unidade	56
Figura 15 - Modelo para Unidades Clínicas – Gestão Operacional	57

Índice de Quadros

Quadro I – Exemplo de um indicador para o Serviço Hospitalar.....	12
Quadro II - Exemplo de um indicador para o Hospital	13
Quadro III - Exemplo de um indicador para a Região de Saúde.....	14
Quadro IV - Exemplo de um indicador para os Organismos Centrais do Sistema de Saúde	15
Quadro V - Exemplo de um indicador para o Sistema Nacional de Saúde	16
Quadro VI – Resumo do exemplo do indicador Úlceras de Pressão.....	17
Quadro VII – Análise SWOT ao Painel de Controlo de Gestão	30
Quadro VIII – Análise SWOT ao BSC	31
Quadro IX – Comparação com o modelo proposto.....	70

Lista de Abreviaturas

ACS – Alto-Comissariado para a Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde I.P.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DRGs – Diagnosis Related Groups

EUA – Estados Unidos da América

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

NHS – National Health System

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

P4P – Pay for Performance

Introdução

Este projecto irá versar sobre o tema dos indicadores de gestão utilizados ou utilizáveis na gestão de uma unidade do sistema de saúde, independentemente do seu tamanho ou da sua posição neste sistema, desta forma poder-se-á obter uma imagem de conjunto do sistema de saúde.

Dados os pressupostos existentes para um trabalho de projecto desta natureza será necessário formular uma ou mais perguntas de investigação, com o objectivo de preparar uma futura tese sobre os indicadores de desempenho em saúde.

A primeira questão, parte do princípio de que existem diferentes necessidades ao longo da organização que constitui o sistema de saúde. Essas necessidades devem ser satisfeitas por diferentes modelos de informação ou simplesmente por escalões e agregações de informação diferentes? Será que existe neste momento informação suficiente em bases de dados com registos e fontes fidedignas, para criar modelos de indicadores utilizáveis para a tomada de decisão?

A segunda pergunta, é sem dúvida a que é de mais difícil resposta, pois não existe nenhum modelo, Tableau de Bord, Balanced Scorecard, ou outro que não necessite de fontes de informação fidedignas para a sua sobrevivência enquanto tal, sendo que de outra forma arriscaria a morte por entropia.

Após este levantamento, será então possível teorizar sobre a forma de melhor apresentar os dados, para que sejam lidos pelos respectivos utilizadores. Aqui entrará a sua forma, i.e., qual o modelo organizativo que devemos utilizar em cada patamar dos serviços de saúde.

De forma a melhor compreendermos o que é pedido, por tais perguntas, importa esclarecer alguns conceitos básicos.

Utilizar-se-á o conceito de **Estrutura, Processos e Resultados** de Avedis Donabedian (1985) por parecer aquele que melhor se enquadra aos sistemas de saúde. É, também, aquele que é mais usado, nos sistemas de saúde estudados. Nos

sistemas de três países que se usaram como modelo, todos os indicadores estão agrupados em indicadores de estrutura, processo ou resultado.

No entender de Donabedian (1985)¹ o processo pelo qual passa a qualidade em saúde, deve ser avaliado segundo este método.

Entende-se **Estrutura** como uma característica estável dos recursos e ferramentas ao dispor da organização e das condições físicas e organizacionais nas quais a prestação de cuidados de saúde é executada. Neste conceito estão incluídos recursos humanos, financeiros e ambientais que são necessários para a execução da prática de actos clínicos. Faz ainda parte deste conceito o número, a distribuição por serviço e as qualificações académicas do pessoal clínico e outro, e ainda, o tamanho do hospital, o número de camas, o número de equipamentos médicos à disposição, a disposição geográfica do hospital e de outros equipamentos que subsidiariamente intervenham na prestação de actos clínicos. A estrutura influi no bom ou mau desempenho como medida indirecta da qualidade dependendo da sua influência na própria prestação.²

No mesmo sentido, **Processo** deve ser entendido como, o conjunto de actividades que ocorrem na constância da relação entre o utente e o prestador de cuidados clínicos. Para avaliar a qualidade deste processo podem ser utilizados os métodos de observação directa ou o método de revisão de processos clínicos. No que se refere à utilização das técnicas clínicas, a avaliação será feita pela relação entre as características do processo e as suas consequências, com base na evidência médica disponível. Ainda há que avaliar a relação inter-pessoal desenvolvida entre o doente e o médico, utilizando os valores morais e éticos que delimitam as relações sociais, em geral, e os códigos de conduta das ordens e outras associações profissionais de pessoal clínico e terapêutico.³

Para finalizar, **Resultado** é a alteração do estado de saúde presente e futuro do doente, e que pode ser atribuído à existência da prestação de cuidados de saúde.⁴

¹ DONABEDIAN, Avedis; Explorations in quality assessment and monitoring; 1985; Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment

² Idem

³ Ibidem

⁴ Ibidem

Ainda, e antes de mais, uma nota impõe-se na aproximação do tema em estudo aos sistemas de pagamento pelo desempenho e à qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Neste sentido importa reconhecer algumas críticas e preocupações expressas por vários médicos ao sistema de pagamento pelo desempenho, conhecido nos Estados Unidos da América, como **Pay-for-Performance** ou **P4P**.

Dizem os autores do artigo “Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centred Care: An Ethics Manifesto”⁵ que os sistemas de pagamento pelo desempenho, que se baseiam em poucos dados fisiológicos ou apenas relacionados com uma única doença, podem potenciar o negligenciar de outras doenças ou sintomas, potencialmente mais importantes para a condição do doente, ou, ainda, para factores de co-morbilidade. Os doentes mais velhos com múltiplas patologias crónicas estão especialmente vulneráveis a efeitos indesejáveis destes sistemas.

Devem-se avaliar todas as facetas do sistema de saúde e não apenas aqueles que são mais facilmente mesuráveis, alertam os autores do artigo citado.

A ACP (American College of Physicians) alerta para os seguintes potenciais problemas, armadilhas e consequências indesejáveis⁶:

1. **Seleção adversa dos pacientes** (a exclusão de pacientes mais problemáticos); os médicos ao tentarem elevar o seu quadro de desempenho podem tentar iludir o sistema não permitindo a entrada de doentes cujos valores fisiológicos, de hábitos, ou outros baixem o indicador de desempenho do médico. Os incentivos devem ser utilizados para encorajar os médicos a tratar todos aqueles que estão mais doentes ou mais vulneráveis, como por exemplo, os mais velhos. A sociedade deveria insistir para que os sistemas de saúde tentem o seu melhor para com os doentes que deles mais necessitam, por exemplo, para com os doentes com maior nível de iliteracia em saúde.

⁵ Snyder, Lois et al Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centred Care: An Ethics Manifesto, Annals Of Internal Medicine, 2007 American College of Physicians [em linha Janeiro de 2009]

⁶ Idem

2. **Jogar o jogo e não focar a atenção no paciente;** este problema é mais comum em sistemas que estão em desenvolvimento, em que os indicadores são poucos. Um sistema que classifica o desempenho de acordo com um número de indicadores limitado, mas facilmente mensurável, não serve os interesses de um sistema de cuidados de saúde abrangente. O desempenho deve ser medido pela totalidade da infra-estrutura de cuidados de saúde de uma comunidade.
3. **Percepções opostas entre o doente e o médico;** a relação entre o doente e o seu médico é baseada na confiança que o doente deposita no médico para que este actue no seu melhor interesse. Se o doente tiver a percepção, mesmo que errada, de que o médico actua no seu próprio interesse, o princípio da confiança fica ferido. Para evitar este problema os sistemas de pagamento pelo desempenho devem definir objectivos centrados no paciente como por exemplo, continuidade de tratamento, comunicação entre as partes e facilidade de acesso.
4. **Aumento da prática de actos desnecessários e dos custos com a saúde;** os clínicos têm por obrigação ética o uso responsável dos recursos, para que assegurem uma equitativa distribuição dos mesmos. Um sistema de pagamento pelo desempenho que aplica indiscriminadamente o mesmo tratamento para todos os pacientes pode encorajar o uso desnecessário.

Sneider et al. (2007), propõem no artigo anteriormente citado, as seguintes acções que podem contrariar os efeitos adversos dos incentivos pelo desempenho⁷:

- a. **Assegurar a transparência;** os pacientes devem conhecer quais os incentivos que lhes podem ser prejudiciais, bem como, conhecer qual o nível de prestação dos seus clínicos e quais os seus incentivos financeiros.

⁷ Snyeder,Lois et al Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centred Care: An Ethics Manifesto, Annals Of Internal Medicine, 2007 American College of Physicians [em linha Janeiro de 2009]

- b. **Medir o que é importante para o doente;** desenvolver indicadores de medida para continuidade de cuidado, comunicação com o paciente, respeito pelas preferências do doente, confidencialidade e acesso, ao invés das actuais que, embora baseadas na evidência, tem um enfoque mais estreito.

- c. **Monitorizar comportamentos indesejados e intervir;** devem existir procedimentos administrativos que previnam a não selecção de pacientes mais desafiantes ou a não-aceitação de novos doentes.

Outro ponto importante é o relativo à qualidade em saúde. Diz o relatório da OCDE⁸ de 2002 sobre os sistemas de saúde, que o objectivo comum dos países que fazem parte da organização, é o de otimizar a saúde individual dos doentes e das populações de uma forma equitativa, eficiente e eficaz de forma aceitável para os doentes, prestadores clínicos e gestores do sistema.

Afirma-se assim, que o único objectivo de um sistema de saúde é o de melhorar a saúde da população que serve utilizando para isso os recursos ao seu alcance. O termo recursos deve ser entendido no seu sentido amplo e não apenas no sentido mais financeiro do termo. É com base nesta afirmação que se supõe a similitude entre os temas.

Existem ainda relações com a gestão da qualidade e com aquilo que se convencionou chamar – *Total Quality Management*, ou TQM.

Nestes últimos meses o autor foi apresentado ao Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da Entidade Reguladora da Saúde. Este sistema, com base no projecto de indicadores dinamarquês, irá produzir informação comparável entre entidades e regiões do SNS.

⁸ OECD, HEALTH CANADA, Measuring up Improving Health Systems Performance in OECD Countries.

Este sistema ainda em fase embrionária, e contando com a participação da *Joint Commission* e da Siemens, irá iniciar pela área de ortopedia e mais tarde estender-se-á a outras áreas de actuação.

Um dos pontos referidos pela agência dinamarquesa prendia-se com a libertação da informação para o exterior, lembrando a importância da literacia em saúde ou, neste caso, a falta dela.

Sem aprofundar o conceito, pois não é assunto deste trabalho, pode-se citar Sakellarides⁹ e afirmar que literacia em saúde está para a democratização da saúde no século XXI como a literacia geral esteve para o progresso das nações nos séculos XIX e XX. Sem esta realidade resolvida muitos dos dados podem não ser correctamente compreendidos pelos cidadãos, causando situações de dúvida e reacções que podem não ser expectáveis.

No entanto, e segundo Costa et al. (2009) na introdução que fazem à avaliação do internamento dos hospitais, afirmam que se parte do princípio que existem uma variedade de razões que tornam imperiosa a definição e implementação de modelos de avaliação do desempenho das organizações de saúde¹⁰ sendo dadas três razões válidas:

Em primeiro lugar, a **acessibilidade**, nas suas diversas perspectivas e em conformidade com o enquadramento organizacional do sistema de saúde. Em Portugal este aspecto assume importância de dupla natureza, tanto associado à política de selecção adversa praticada pelos hospitais, a que os autores referidos chamam acessibilidade passiva, e ainda no que se refere à disponibilização de informação que permita aos consumidores uma escolha fundamentada dos prestadores, dita de acessibilidade activa.

⁹ SAKELLARIDES, C. – Manifesto para um futuro melhor. *In Futuro da Saúde em Portugal*. APDH, Lisboa.

¹⁰ Costa, C; Costa, Fernando L.; Lopes, Sílvia AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS (INTERNAMENTO) EM PORTUGAL CONTINENTAL 2007 Resultados *Versão provisória*, ENSP 2009

Em segundo lugar as questões associadas com o **financiamento das organizações de saúde**, e a este propósito os sistemas de pagamento pelo desempenho, os sistemas de orçamento global, os sistemas de capitação e o pagamento pela produção, que surgem como possíveis formas de financiar as instituições de saúde e de um modo mais abrangente o próprio sistema. Sendo que, segundo estes autores, somente a definição prévia de mecanismos de avaliação do desempenho poderá de facto criar mecanismos para otimizar o “valor do dinheiro”.

Por último, e em termos de gestão das organizações de saúde propriamente dita, somente após a definição e implementação de um **modelo de avaliação de desempenho em saúde**, se poderão criar mecanismos que proporcionem uma maior responsabilização dos gestores e prestadores de cuidados clínicos e, simultaneamente, possibilitem obter indicadores de desempenho comparáveis entre instituições similares, i.e., benchmarking.

1. Definição do Problema – Perguntas de Investigação

1.1. Qualidade, Método de Organização e Fiabilidade das Fontes e dos Dados

Tal como em qualquer organização, as instituições de saúde têm dirigentes de vários níveis que vão do mais operacional ao estratégico, ou seja, aos níveis superiores da hierarquia onde se desenvolvem as linhas estratégicas da actuação da organização.

Como diz Reis (2007) a gestão tem **duas dimensões**, independentes mas complementares: uma dimensão de **conhecimento**, ou seja, aquela em que se filia o processo, e que associa teorias e investigação conferindo-lhes uma validade universal; e uma dimensão de **acção**, citando Mintzberg, que se revela diferenciada através das atitudes e dos comportamentos que aplicam o conhecimento universal, segundo determinadas variáveis ou factores de contingência.¹¹

Assim perante tal necessidade, ou seja, a de ajustar a realidade com os conhecimentos do gestor, a existência de dados fidedignos capazes de nos dar uma fotografia real dos acontecimentos é de primordial importância. Sabe-se também que é impossível abarcar todos os dados de um problema e de resolver, melhor dizendo, decidir com base em todos os cenários possíveis. No entanto, gerir sem um conhecimento real, quantitativo e comparável com outras realidades similares e/ou com os objectivos traçados, não é gerir de forma eficiente, correndo-se o risco de deixar a organização asfixiar lentamente ou morrer por entropia.

Com base nos pressupostos atrás mencionados é possível então formular duas questões:

¹¹ REIS, V. – Gestão em Saúde: Um Espaço de Diferença. Lisboa: Escola Nacional de Saúde, Universidade de Lisboa. 2007

Primeira: Terão os diferentes níveis de gestão acesso aos indicadores mais relevantes para a tomada de decisão?

Esta questão é de primordial importância, pois, sem dados, os diferentes gestores não podem saber se a parte do todo que gerem está ou não no caminho traçado e se a gestão dos recursos é eficiente. Dito de outro modo, o gestor deve ter dados de suporte á gestão capazes de o alertar para divergências em relação aos objectivos traçados e a distância a que se encontra da média dos serviços, hospitais ou regiões que constituem a sua base de comparação. Mais, não existe possibilidade de *benchmarking*, aqui entendido como a procura das melhores práticas, sem um conjunto de indicadores comuns, relevantes e capazes de indicar problemas e mostrar forças.

Segunda: Serão os dados fiáveis?

Esta questão é mais profunda que a primeira, pois, leva-nos a cogitar sobre a fonte dos dados que se utilizam para construir os modelos de gestão. Uma das questões mais pertinentes põe-se na possibilidade de os dados que se utilizam estarem a ser manipulados, ou serem de fonte informal. Explicando melhor, importa perceber se existe ou não um sistema de recolhe de informação, i.e., de dados, quer este seja informatizado ou não e se é possível reconstituir o processo a todo o instante, garantindo assim a fiabilidade dos dados apresentados. É nesta matéria de primordial importância assegurar a credibilidade e a confiança da informação para a gestão.

2. Construção de um sistema de desempenho em saúde.

2.1. Como construir um indicador.

Os artigos e os sistemas estudados permitem chegar a algumas conclusões sobre a forma geral da definição de um indicador.

Como diz Bittar¹² citando a *Joint Commission*, indicador em saúde, é uma unidade de medida de uma actividade, ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde administrados aos pacientes e as actividades dos serviços de suporte.

Importa aqui dar uma perspectiva de o que é um indicador e como deve ser utilizado.

Sendo que, e como atrás referido, este deve ainda ser classificado como sendo de Estrutura, Processo ou Resultado conforme Donabidien.

Assim diz-se que um **indicador em saúde** deve possuir as **seguintes características**:

- a. Pergunta ou problema de saúde ou da organização de saúde a que se refere ou que se pretende medir.
- b. Indicador quantitativo ou fórmula de cálculo, indicando o numerador e o denominador e a sua apresentação, sendo as mais comuns a percentual, a per milagem e o percentil.
- c. Indicação da classificação do indicador como sendo de Estrutura, Processo ou Resultado.

¹² Bittar, Olimpio; Indicadores de qualidade e quantidade em saúde; Revista de Administração em Saúde, Vol. 3, N.º12, Julho-Setembro 2001.

- d. Explicação do indicador com instruções específicas sobre que dados utilizar, qual a frequência de reporte da informação, e outros esclarecimentos.

Além destas características, parece também essencial que o indicador especifique a qual dos níveis hierárquicos se refere a informação e qual o sistema para o qual irá servir de fonte, para que seja possível construir um sistema de rastreio dos dados até à sua origem.

Assim, e de uma forma meramente académica, podemos construir uma tabela de indicadores com base no sistema holandês, britânico e dinamarquês¹³:

2.1.1. Exemplo prático de um indicador.

O exemplo prático apresentado é referente ao indicador úlceras de pressão como diagnóstico secundário após internamento hospitalar e é construído e analisado conforme os diferentes níveis hierárquicos do Serviço Nacional de Saúde.

A Figura 1 exemplifica as zonas do corpo mais comuns onde estas se situam, segundo a American Medical Association.

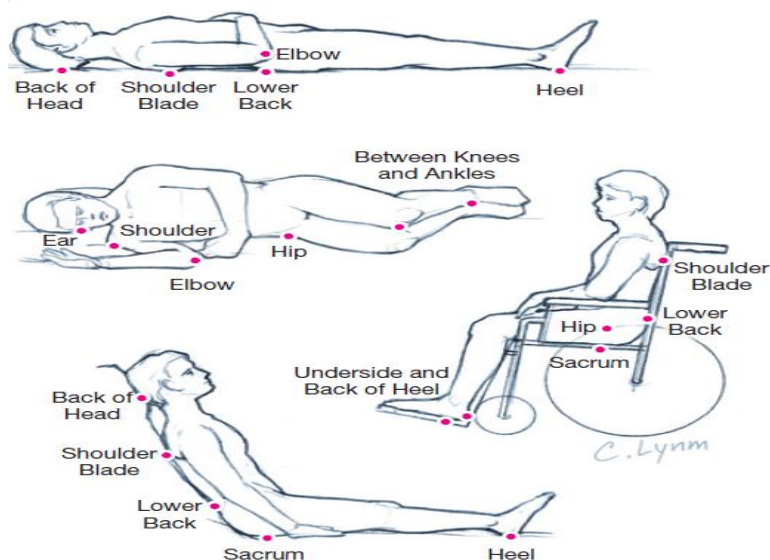


Figura 1 – Úlceras de Pressão pontos mais comuns

Zeller, John L., JAMA, August 23/30, 2006—Vol 296, No. 8

¹³ The Health Care Commission, Performance Indicators for the performance ratings 2004/2005; 2005

1. Úlceras de pressão ou de decúbito	
Problema de saúde	Úlceras de Pressão são feridas na pele resultantes de pressão devido a mobilidade reduzida.
Construção	Numerador - número de doentes com úlceras de pressão diagnosticadas. Denominador – doentes admitidos no serviço
Periodicidade da informação	Mensal
Tipo de indicador	Resultado
Nível hierárquico	Serviço
Fonte de informação	Hospital – Quadro de Gestão Hospital

Quadro I – Exemplo de um indicador para o Serviço Hospitalar

Primeiro que tudo devemos construir um sistema de informação de úlceras de pressão ao nível do serviço hospitalar onde se registem de forma, sistemática e informatizada, todos os diagnósticos de úlceras de pressão associadas à permanência em camas hospitalares com o código ICD-9 707.0, como diagnóstico secundário. Desta forma é possível obter dados comparáveis entre os diversos serviços hospitalares.

2. Úlceras de pressão ou de decúbito	
Problema de saúde	Doentes internados diagnosticados com úlceras de pressão após internamento. As úlceras de decúbito podem ser prevenidas se usados cuidados específicos. Este problema está fortemente relacionado com a qualidade em saúde, nomeadamente com a qualidade de cuidados de enfermagem.
Construção	Numerador - número de doentes com úlceras de pressão diagnosticadas após internamento; Denominador – total de doentes internados.
Periodicidade da informação	Mensal
Tipo de indicador	Resultado
Nível hierárquico	Hospital
Fonte de informação	Dados regionais

Quadro II - Exemplo de um indicador para o Hospital

Depois juntamos os dados dos vários serviços num quadro de controlo onde a informação do hospital seja totalizada e usada uma fórmula simples para achar a média hospitalar dos doentes com úlceras de pressão.

3. Úlceras de pressão ou de decúbito	
Problema de saúde	As úlceras de pressão são um bom indicador da qualidade de cuidados prestados aos doentes nos hospitais da região, especialmente se comparados com populações homogéneas.
Construção	Numerador – somatório dos indicadores úlceras de pressão; Denominador – total de hospitais da região.
Periodicidade da informação	Trimestral
Tipo de indicador	Resultado
Nível hierárquico	Dados Regionais
Fonte de informação	Dados Nacionais

Quadro III - Exemplo de um indicador para a Região de Saúde

Mais tarde essa informação será somada a informação semelhante de outros hospitais da região e calculada a média regional que fará parte do Quadro de Gestão da região. Podemos aqui imaginar que o objectivo é o de manter o número de doentes com úlceras de decúbito abaixo dos 10%, tendo em conta a realidade populacional e afluência ao hospital de populações mais velhas.

4. Úlceras de pressão ou de decúbito	
Problema de saúde	As úlceras de pressão interferem com a recuperação funcional dos doentes, podem causar dor e infecção, além de aumentarem a demora média dos doentes. Ainda são responsáveis por custos financeiros ligados ao seu tratamento que poderiam ser evitados. ¹⁴
Construção	Numerador – somatório dos indicadores úlceras de pressão regionais; Denominador – total de hospitais do país.
Periodicidade da informação	Semestral
Tipo de indicador	Resultado
Nível hierárquico	Dados Nacionais
Fonte de informação	Plano de Saúde

Quadro IV - Exemplo de um indicador para os Organismos Centrais do Sistema de Saúde

Todos estes dados podem ser novamente agregados, região a região, para achar a média nacional que poderá ser usada no Quadro de Objectivos de Saúde do Serviço de Saúde Nacional e para registar a evolução de planos de saúde nacionais onde este objectivo exista.

¹⁴ Reddy, Madhuri et al. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review, JAMA Vol 296, No. 8, 2006

5. Úlceras de pressão ou de decúbito	
Problema de saúde	Doentes internados diagnosticados com úlceras de pressão após internamento. Prevalência na população nacional.
Construção	Numerador – Total de doentes diagnosticados após internamento; Denominador – total de doentes internados.
Periodicidade da informação	Anual
Tipo de indicador	Resultado
Nível hierárquico	Dados Nacionais
Fonte de informação	Sistema de Bussiness Intelligence

Quadro V - Exemplo de um indicador para o Sistema Nacional de Saúde

No entanto, e se usarmos um sistema de BI e meios de registo informáticos podemos ter uma noção da percentagem de doentes diagnosticados com úlceras de pressão na população hospitalizada a nível nacional, por exemplo, num ano.

Esta estrutura poderia ser utilizada para um sistema de indicadores nacionais em Portugal, a semelhança do que existe na Holanda, no Reino Unido ou na Dinamarca.

Em síntese, a análise transversal dos indicadores para as úlceras de pressão podem ser descritos no quadro seguinte:

1. Serviço Hospitalar	2. Hospital	3. Região de Saúde	4. Organismos Centrais - 1	5. Organismos Centrais - 2
Úlceras de Pressão são feridas na pele resultantes de pressão devido a mobilidade reduzida.	Doentes internados diagnosticados com úlceras de pressão após internamento. As úlceras de decúbito podem ser prevenidas se usados cuidados específicos.	As úlceras de pressão são um bom indicador da qualidade de cuidados prestados aos doentes nos hospitais da região, especialmente se comparados com populações homogéneas.	As úlceras de pressão interferem com a recuperação funcional dos doentes, podem causar dor e infecção, além de aumentarem a demora média dos doentes.	Doentes internados diagnosticados com úlceras de pressão após internamento. Prevalência na população nacional.
Numerador - número de doentes com úlceras de pressão diagnosticadas. Denominador - doentes admitidos no serviço	Numerador - número de doentes com úlceras de pressão diagnosticadas após internamento; Denominador - total de doentes internados.	Numerador - somatório dos indicadores úlceras de pressão; Denominador - total de hospitais da região.	Numerador - somatório dos indicadores úlceras de pressão regionais; Denominador - total de hospitais do país.	Numerador - Total de doentes diagnosticados após internamento; Denominador - total de doentes internados.
Mensal	Mensal	Trimestral	Semestral	Anual

Quadro VI – Resumo do exemplo do indicador Úlceras de Pressão

2.2. Porque devemos agrupar os indicadores.

Existem alguns argumentos que sustentam que é impossível aos gestores gerir com unidades de medida de desempenho múltiplas. Neste sentido, quem argumenta esta tese afirma que as medidas de desempenho múltiplas, que não só as financeiras, são confusas e dão sinais ambíguos e até contrários sobre o valor das organizações.¹⁵

¹⁵ Kaplan, Robert S. e Norton, David P. Linking the Balanced Scorecard to Strategy, California Management Review, Vol. 39, No. 1, Fall 1996

Contrariando esta tese, Kaplan e Norton¹⁶ (1996) defendem, que à semelhança de um avião, será impossível gerir uma empresa apenas com um único indicador, ou melhor dizendo, com indicadores apenas financeiros.

Estes autores vão aliás mais longe mas, nesta fase, será ainda prematuro explorar a obra de Kaplan e Norton, nomeadamente no que ao BSC se refere.

Então, e utilizando a mesma analogia, podemos comparar as nossas organizações a um avião.

Num avião quem detém toda a informação sobre o estado do aparelho, a situação dos passageiros, a situação da tripulação e outros assuntos ligados indirectamente com a viagem, como por exemplo, a quantidade de água e comida existente e o conforto geral dos passageiros é o comandante do avião.

Assim será fácil explicar que é ao comandante que devem chegar todas as informações e que este deve consultar as mesmas de uma forma simples que o alerte para possíveis problemas de forma célere e com o menor consumo de tempo e atenção, pois o seu enfoque principal é fazer chegar todos os passageiros ao seu destino.

Nas organizações de saúde, e salvo a devida distância, a perspectiva de quem gere a partir do topo é a mesma, i.e., deve ter a possibilidade de ter acesso a toda a informação necessária para o atingir dos objectivos traçados.

Existem assim duas metodologias para conseguir estes sistemas de agrupar indicadores, uma simplesmente indicativa de que algo vai mal com a organização, mais ou menos estático e retrospectivo; e outra mais prospectiva e orientado por metas, ou seja, pontos que servem à orientação da organização de uma forma estratégica.

¹⁶ Kaplan, Robert S. e Norton, David P. Linking the Balanced Scorecard to Strategy, California Management Review, Vol. 39, No. 1, Fall 1996

Voltando à analogia será fácil perceber a diferença entre os indicadores de combustível e os corredores aéreos que a aeronave deve seguir para chegar ao seu destino gastando o menor combustível possível.

Nas organizações de saúde passar-se-á a mesma coisa. Por um lado teremos os indicadores agrupados de forma a ser possível obterem-se alertas, o número de úlceras de pressão no hospital superior a um determinado nível, digamos 5 novos casos por semana. Por outro lado manter o nível das úlceras de decúbito abaixo dos 10% do total de doentes internados exige medidas concretas e uma estratégia activa montada para atingir o objectivo.

Utilizando novamente a analogia que se tem seguido, será importante avisar os passageiros que está um avião na nossa rota se sabemos à partida que este chegará ao seu destino antes do nosso se cruzar com ele?

A pergunta para as organizações de saúde poderá ser a seguinte: qual o nível de informação e quais as informações que devemos passar para os cidadãos? Será importante saber que determinado hospital tem uma taxa de incidência de úlceras de pressão superior ao estabelecido, mas que todos os colchões vão ser substituídos por colchões anti-escaras em tempo útil de nenhum doente se deitar em colchões impróprios?

A pergunta não é porque avaliar, nem sobre o que avaliar, obtendo um consenso técnico sobre os indicadores, mas sim o que informar e a quem.

Em seguida iremos rever dois dos modelos mais utilizados, revistos e estudados, o Tableau de Bord, ou, Painel de Controlo de Gestão, e o Balanced Scorecard.

2.2.1. Painel de Controlo de Gestão

O Tableau de Bord, ou Painel de Controlo, é um sistema de gestão de desempenho que nasceu em França no início do séc. XX e cujo primeiro objectivo era o de permitir aos engenheiros melhorar o processo produtivo através do conhecimento aperfeiçoado das relações causa-efeito. O mesmo princípio foi utilizado pelo gestores para criar um conjunto de indicadores que lhes permitissem monitorizar a evolução

dos seus negócios comparativamente aos objectivos traçados permitindo-lhes tomar medidas correctivas.¹⁷

Existem duas condições que necessitam de ser cumpridas para que o sistema de painel de controlo de gestão funcione.

Primeiro é necessário compreender que o painel de controlo de gestão de uma empresa é composto por vários painéis de controlo de gestão, tantos quantos as suas subdivisões ou áreas de responsabilidade. Tal como se exemplifica na figura 2. o painel de controlo de gestão é um mecanismo de rede que traduz uma quantidade de outros documentos de suporte à decisão a escalas inferiores.¹⁸

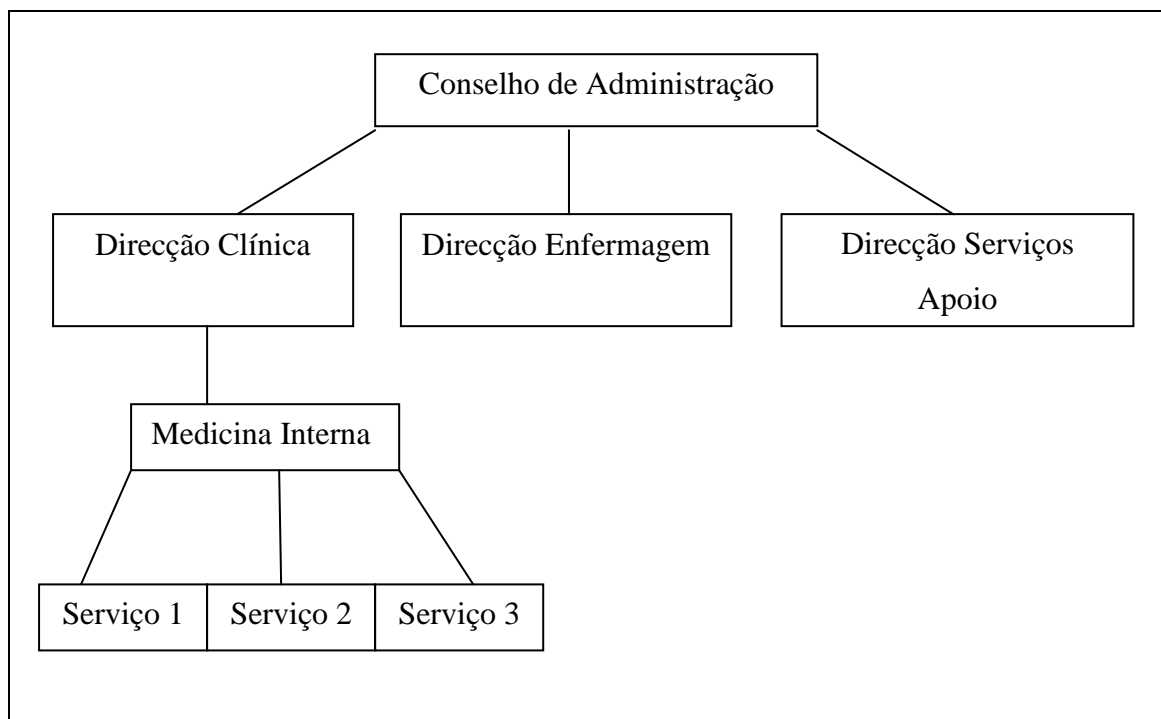


Figura 2 – Exemplo de Painel de Controlo de Gestão (Hospitalar)

Adaptado de EPSTEIN, MARC; MANZONI, JEAN-FRANÇOIS; *Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Bord to Balanced Scorecard*; *European Management Journal*; Vol.16, No. 2; April 1998.

Em segundo lugar o painel de controlo de gestão necessita de alargar os seus horizontes para além dos indicadores puramente financeiros e utilizar informação

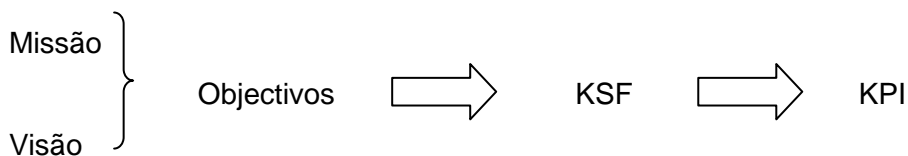
¹⁷ EPSTEIN, MARC; MANZONI, JEAN-FRANÇOIS; *Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Bord to Balanced Scorecard*; *European Management Journal*; Vol.16, No. 2; April 1998.

¹⁸ Idem

operacional ou de produção pois estes têm um impacto maior a nível das decisões tomadas nas áreas de responsabilidade departamentais.

Além destas duas condições é necessário ainda desenvolver o conceito de missão e objectivos para cada área de responsabilidade. É a partir daqui que será possível identificar os factores críticos, ou chave, de sucesso (Key Success Factors, KSF) que poderão ser traduzidos em valores mensuráveis de indicadores chave, ou críticos, de desempenho (Key Performance Indicators, KPI).¹⁹

Assim temos²⁰:



O painel de controlo de gestão deve conter só dados consistentes com o estritamente necessário para o desempenho da área de responsabilidade á qual nos reportamos, pois, segundo Epstein e Manzoni (1998), existe o perigo, descrito por diversos autores franceses, de sobrecarregar o gestor da área ou da organização com dados que ele não pode absorver em tempo útil para a tomada de decisão.

O painel de controlo de gestão deve ter as seguintes características, que são vulgarmente aceites: deve ter na sua base uma avaliação mensal; ao lado dos dados referentes à realidade medida devem estar dados do período homólogo; deve ser possível medir o desvio para o previsto (objectivos); devem disponibilizar dados cumulativos desde o início do ano; deve comparar com o melhor dos desempenhos, quer internamente, quer exterior, i.e., *benchmarking*.

¹⁹ EPSTEIN, MARC; MANZONI, JEAN-FRANÇOIS; Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Bord to Balanced Scorecard; European Management Journal; Vol.16, No. 2; April 1998.

²⁰ Idem

2.2.2. Balanced Scorecard

O balanced scorecard surge em 1992 num artigo publicado na Harvard Business Review, por Robert Kaplan e David Norton.

Neste artigo os dois autores, tendo por base uma pesquisa de um ano que envolveu 12 empresas, desenvolveram um sistema baseado num conjunto de indicadores (medidas) que permitem aos gestores de topo ter uma visão rápida mas profunda da sua organização²¹.

O sistema permite ter uma visão da organização a partir de quatro perspectivas diferentes: a dos clientes, a interna à organização, a da aprendizagem e inovação e a dos detentores do capital (no caso da saúde em Portugal, o Estado).

²¹ KAPLAN, ROBERT S; NORTON, DAVID P., The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance, Harvard Business Review, January-February, 1992.

Este sistema, está transcrito na Figura 3:

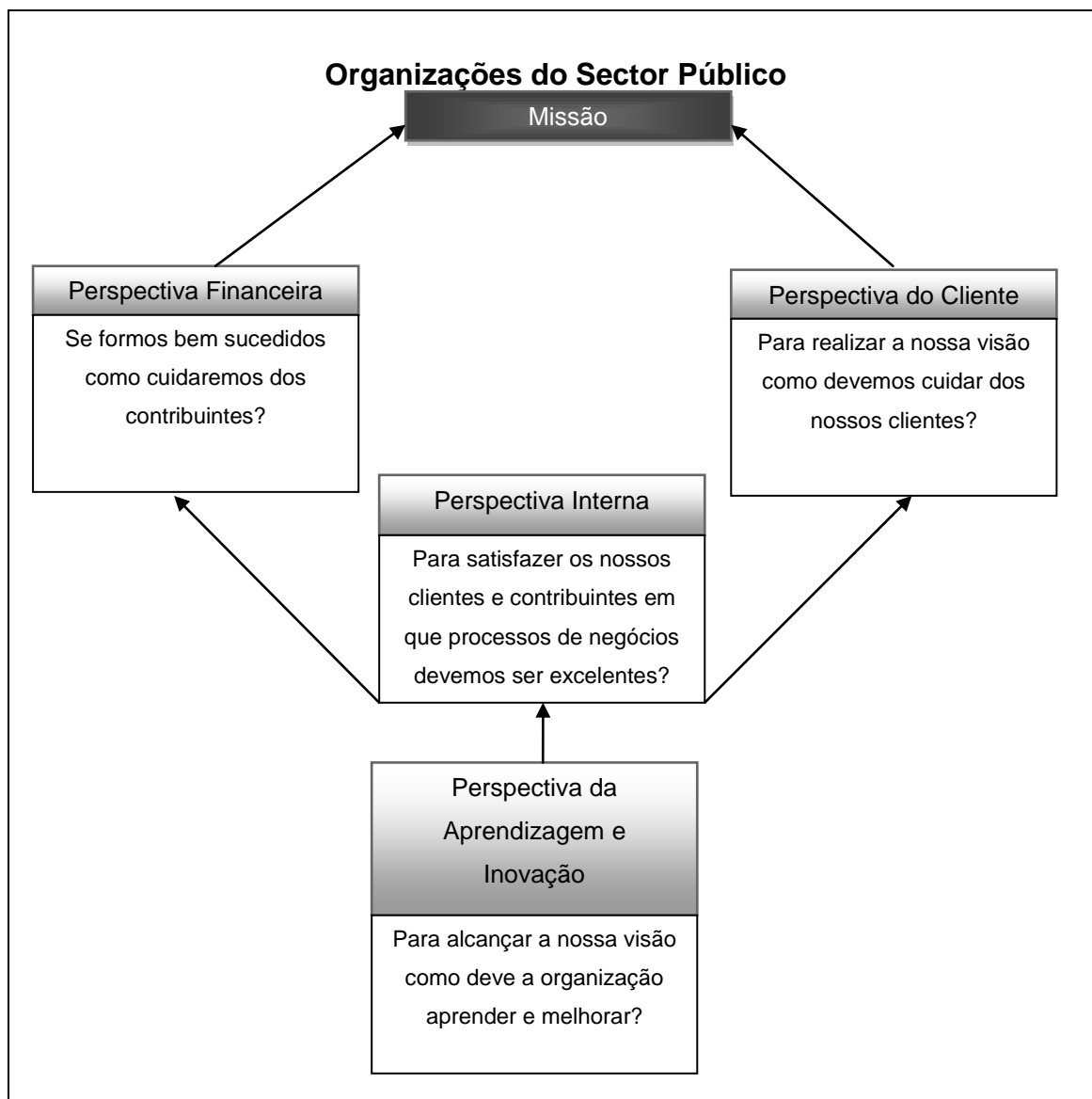


Figura 3 - BSC em organizações do sector público

Adaptado de Kaplan, Robert S.; Norton, David P.; Mapas Estratégicos – Convertendo Activos Intangíveis em Resultados Tangíveis; 6ª Edição, Rio de Janeiro, 2004.

Perante as necessidades aqui valorizadas é construído o quadro do BSC.

Este quadro tem quatro características fundamentais:²²

²² EPSTEIN, MARC; MANZONI, JEAN-FRANÇOIS; Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Bord to Balanced Scorecard; European Management Journal; Vol.16, No. 2; April 1998.

Primeiro, é um único documento que reúne vários indicadores permitindo uma melhor visão global de toda a organização.

Segundo, os detalhes devem ser acessíveis através do documento principal, de forma informática ou automática.

Terceiro o BSC, ao agrupar os indicadores em quatro caixas (áreas), dá a perspectiva de cada uma delas sobre o desempenho da organização.

Por último, os indicadores de desempenho apresentados devem ter em conta a visão e a estratégia da organização, hospital ou serviço, ao invés, de se utilizar os indicadores já disponíveis que não sejam possíveis de utilizar com esta metodologia.

Voltando às perspectivas utilizadas deve-se responder às seguintes questões, traduzidas sempre que possível para o universo da saúde.

Perspectiva dos Clientes - Como e que os nossos clientes, ou utentes, nos vêem?

As organizações devem definir uma missão onde estão expressas as necessidades dos seus clientes ou, no caso da saúde, os utentes a quem servem.

Por exemplo, um hospital poderia ter como missão o melhorar o estado de saúde da população que serve, nomeadamente, nas áreas da oncologia, da cardiologia e da saúde materno-infantil. Esta missão, assim descrita, é muito simples e serve apenas como entrada ao que se vai de seguida exemplificar.

Dizem Kaplan e Norton (1992)²³ que estão acessíveis aos clientes quatro perspectivas:

A primeira é a do tempo até o serviço ser prestado. O exemplo dado pelos autores pode muito bem ser transcrito para a área da saúde como sendo o tempo que medeia

²³ KAPLAN, ROBERT S; NORTON, DAVID P., The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance, Harvard Business Review, January-February, 1992.

entre o diagnóstico e a terapêutica, i.e., o serviço prestado pelo sistema de saúde. Um exemplo prático desta situação, são as famosas listas de espera para cirurgia.

O valor dado pelos utentes ao tempo de espera para uma cirurgia num determinado hospital pode ser levado em conta quanto ao aspecto gasto em recursos que este tempo obriga o utente a fazer.

A segunda perspectiva é a da qualidade dos serviços prestados, tal como ela é entendida pelos utentes. A ideia de qualidade pode provir de vários sentidos, mas uma que é considerada pelos utentes como sendo marca de qualidade de um hospital é a quantidade de “nomes sonantes”, normalmente doutorados em medicina, que o hospital tem no seu quadro.

A terceira óptica utilizada é a do desempenho e serviço prestado. Neste sentido é a forma de percepção do utente está na contribuição do sistema de saúde para a sua cadeia de valor. Se o sistema de saúde poder repor os níveis de saúde ao estado anterior, ou perto dele, o ganho para o utente é muito grande. Atente-se ao facto de nem sempre tal ser possível. Nem todas as doenças podem ser curadas e ao longo da vida o nosso capital de saúde vai decrescendo, aliás, como preconizam em várias teorias, os economistas da saúde.

A quarta perspectiva é a mais óbvia, ou seja, a do preço ou melhor dizendo a do custo para o utente. Aqui, Kaplan e Norton, alertam para uma situação que pode ser exemplificada na saúde da seguinte forma.

Suponha-se que alguém padece de uma doença do foro oftalmológico, diga-se que sofre de cataratas. O utente está entre dois dilemas: ser operado no seu hospital por um oftalmologista dentro de um prazo relativamente curto e colocada uma lente intra-ocular através de um método testado e que reflecte a melhor prática clínica conhecida; ou aguardar que o hospital o referencie para um outro médico oftalmologista, doutorado nesta área, que tem prática clínica num hospital universitário, ficando em lista de espera para consulta e aguardando o diagnóstico para futura intervenção cirúrgica.

Perante tal conflito e visto que a grande diferença está nos conhecimentos técnicos mais avançados, de quem tirou um doutoramento em prejuízo de quem não o fez, o

doente deve aguardar pela consulta ou será melhor ser desde já operado? Que custos, ou gasto de recursos, deve o utente suportar por adiar a decisão?

Como se vê o custo pode ser medido de várias formas, sendo que no caso da saúde deve ser antes entendido como o nível de gasto de recursos próprios, i.e., do utente, e do próprio sistema que implica a tomada de acção num determinado sentido, ou o adiar dessa decisão para um período futuro.

Perspectiva Interna - Quais são os pontos de excelência da organização de saúde?

Esta pergunta remete para a perspectiva interna da própria organização de saúde. Significa que se deve saber, conhecer e ser capaz de medir os processos internos da organização que possam ter impacto directo na forma como os utentes vêem a organização de saúde.

Assim as organizações de saúde devem conhecer quais as suas competências, onde devem e podem melhorar, mas também onde têm os seus pontos fortes, ou seja, onde são melhores que os outros hospitais de tamanho e população servida semelhante.

Kaplan e Norton (1992)²⁴, alertam para a necessidade de utilizar meios informáticos para medir a percepção interna das organizações, algo que na altura do artigo publicado e mesmo mais tarde em artigos escritos pelos autores na década de noventa, ainda não era uma realidade.

Nos dias de hoje existem várias formas de integrar dados num sistema mais complexo que se traduz no somar de outros quadros e dados e que organizados dão uma leitura global da situação aos gestores de topo, mas que a qualquer momento podem ser vistos ao pormenor apenas pelo clicar do rato num quadro, como acontece com alguns sistemas de software desenvolvidos em Portugal²⁵ e outros como o de vários gigantes norte-americanos da área das Tecnologias da Informação.

²⁴ KAPLAN, ROBERT S; NORTON, DAVID P., The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance, Harvard Business Review, January-February, 1992

²⁵ Pinto, Francisco; Balanced Scorecard – Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos, Lisboa, 2007

Perspectiva de Aprendizagem e Inovação - Como devem as organizações de saúde continuar na busca da melhor prática e da criação de valor para a sociedade?

Primeiro há que perceber que a melhor prática é algo que avança a um ritmo que a organização de saúde não controla, as técnicas médicas e os dispositivos terapêuticos utilizados não são da responsabilidade directa de nenhuma organização de saúde em particular, pertencem a outros mercados.

Por isso a busca da melhor prática e da criação de valor para a sociedade são algo ligeiramente diferente em saúde.

É essencial melhorar o sistema de controlo interno e criar objectivos cuja ênfase seja a melhoria dos processos internos que levem à excelência e à satisfação dos utentes que procuram o sistema de saúde.

Perspectiva Financeira - Como devemos gerir o orçamento do sistema de saúde ou da organização?

Um dos grandes problemas da criação de sistemas que vão além dos dados puramente financeiros, é que estes deixam de ter ligação entre si.

Os dados financeiros embora tenham uma visão mais retrospectiva do que prospectiva são afinal a forma como a sociedade, de forma mais comum, mede o seu desempenho.

Dado que sabemos que os recursos são escassos, e os economistas em geral não se cansam de o afirmar, será possível desenhar um sistema que ao abrigo da busca da excelência, esgote os recursos para outras áreas?

Não é claro possível manter um sistema de saúde, quer seja universal ou não, quer seja “bevegeriano” ou “bismarkiano”, sem obter para ele recursos financeiros que estando disponíveis para toda a sociedade são utilizados na saúde.

Conclui-se então que apesar da importância relativizada da informação financeira, esta não deve ser subalternizada a nenhuma das outras, nem deve, tão-pouco tomar primazia, como aconteceu no passado e noutras organizações.

3. Níveis de informação e formas de agrupar informação.

Descritos dois sistemas de agrupar indicadores, chega-se agora a discussão entre qual dos sistemas deve ou pode ser adoptado e se existe maneira, dos dois subsistirem paralelamente ou em complementaridade. Traz-se ainda à discussão se se pode ou não utilizar estes sistemas para criar compensações financeiras, como é o caso do pagamento pelo desempenho, ou a contratação pública dos hospitais com a ACSS.

Será importante afirmar que a escolha de indicadores precisos, com dados mensuráveis e comparáveis com outras organizações e sistemas de saúde, é de primordial importância para qualquer sistema.

Não se pode avançar sem antes deixar duas ideias que muito contribuíram para a diminuição da problemática da avaliação de serviços de saúde, nomeadamente, a individualidade do próprio ser humano, ainda mais quando confrontado com a doença, a sua gravidade e complexidade e a idade do doente.

A primeira ideia reflecte a utilização generalizada do Conjunto Mínimo Básico de Dados (CMBD) na Europa, em resultado de um consenso ocorrido na década de 70 do século passado.

A segunda ideia é a construção e o uso em massa dos sistemas de ajustamento pelo risco ou à complexidade do doente, sendo, o mais conhecido, o *Diagnostic Related Groups* (DRG), traduzido em Portugal como Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH).

Em relação à forma como se pode organizar a informação de gestão, esta depende das características específicas de cada um dos sistemas em análise (Painel de Controlo de Gestão e *Balanced Scorecard*), visto que cada um tem os seus pontos fortes.

Importa então traduzir essas dicotomias numa análise SWOT.

3.1 Análise SWOT - Tableau de Bord e Balanced Scorecard

Análise SWOT - Tableau de Bord ^{26 27 28}

Forças	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo estudado há mais de 70 anos. • Forte vocação operacional. • Monitoriza aspectos técnicos da produção. • Permite definir metas e objectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mede o desempenho das organizações. • Apresenta, hoje em dia, informação não-financeira. • Pode desenvolver-se de acordo com as necessidades da empresa. • Não necessita de componente tecnológica associada.
Fraquezas	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Tem uma vocação demasiado orientada para a produção. • Parte da criação de objectivos e planos para depois criar indicadores. • Baseia-se no orçamento e no histórico. • Os objectivos são definidos pelos gestores de forma aberta aumentando o nível de subjectividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surgirem sistemas informáticos capazes de processar maior número de variáveis. • Não incorporou na totalidade a informação não-financeira. • É, apenas, comparável com informação interna (orçamento e histórico). • Não permite uma visão de fora para dentro.

Quadro VII – Análise SWOT ao Painel de Controlo de Gestão

²⁶ RUSSO, João; Balanced Scorecard versus Tableau de Bord; TOC, Maio 2005; Ano VI; 61-63.

²⁷ EPSTEIN, Marc; MANZONI, Jean-François; Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Board to Balanced Scorecards; European Management Journal; Vol. 16 No. 2 pp. 190-203.

²⁸ BESSIRE, Dominique; BAKER, C. Richard; The French *Tableau de bord* and the American Balanced Scorecard: a critical analysis; Critical Perspectives on Accounting 16 (2005) 645–664;

Análise SWOT - Balanced Scorecard^{29 30 31}

Forças	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Permite ter várias visões de uma organização. • Permite uma visão equilibrada da organização, sem sobreposição de uma área sobre as outras. • Permite ligar a um sistema de compensações financeiras aos gestores. • Fortemente ligado a uma estratégia definida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mede o desempenho das organizações. • Apresenta informação não-financeira. • Cria a noção de Factores Chave de Sucesso. • Cria competências nos gestores, para medir algo diferente dos dados financeiros.
Fraquezas	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Análise não flexível, só existem quatro visões fixas. • Cria situações de protecção, opacidade. • Pode ser lido como um instrumento de gestão a curto prazo. • As visões são deformadas, pois os indicadores são construídos na organização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não estabelecimento de estratégias claras. • Os sistemas informáticos não responderem de forma adequada. • Cria uma sobrecarga de trabalho nos gestores intermédios e de topo. • Pode ser entendido como um sistema final sem evolução

Quadro VIII – Análise SWOT ao BSC

²⁹ RUSSO, João; Balanced Scorecard versus Tableau de Bord; TOC, Maio 2005; Ano VI; 61-63.

³⁰ EPSTEIN, Marc; MANZONI, Jean-François; Implementing Corporate Startegy: From Tableaux de Board to Balanced Scorecards; European Management Journal; Vol. 16 No. 2 pp. 190-203

³¹ BESSIRE, Dominique; BAKER, C. Richard; The French *Tableau de bord* and the American Balanced Scorecard: a critical analysis; Critical Perspectives on Accounting 16 (2005) 645–664

3.2 Uma alternativa aos modelos tradicionais para o Sistema de Saúde

Mas mais do que analisar os sistemas existentes importa aqui deixar uma visão alternativa de como agrupar os dados de uma forma estruturada, onde seja possível rastrear os dados utilizados e fazer com que os mesmos sirvam vários quadros de controlo de actividade.

Modelo para o Sistema Nacional de Saúde

A OCDE apresenta num artigo publicado em 2006 da autoria de Arah, Onyebhi et al., um quadro de valores para um sistema de indicadores de qualidade em saúde nos países pertencentes à organização que aqui se usa como base para a criação de um sistema nacional de avaliação.

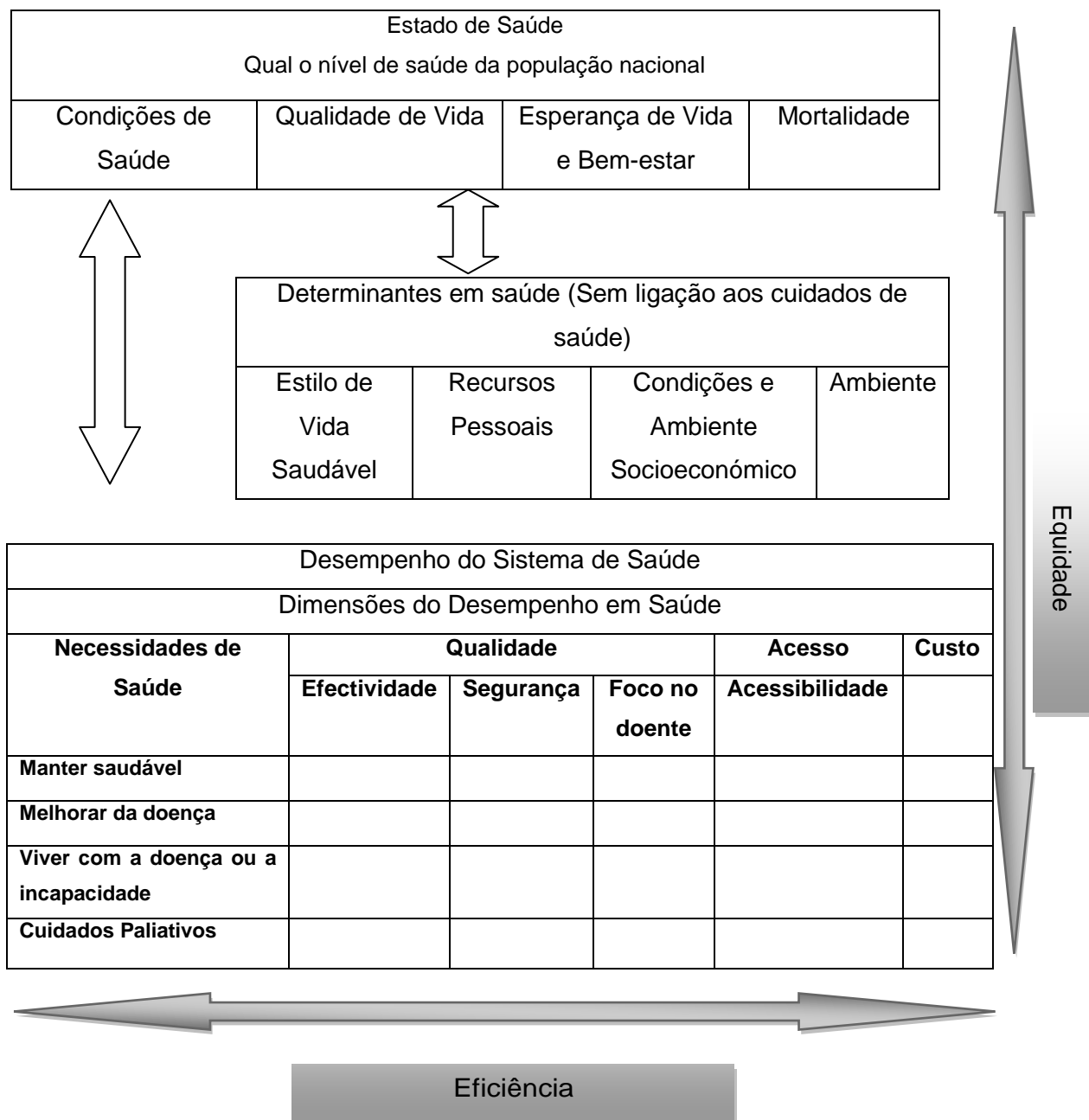


Figura 4 – Indicadores para o Sistema de Saúde Nacional

Adaptado de Arah, Onyebuchi et al, A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project, International Journal for Quality in Health Care Setembro 2006

Este sistema de indicadores que aqui se adapta para o Serviço Nacional de Saúde é global e não específica de nenhuma região de saúde ou hospital, muito menos de um serviço ou valência hospitalar que terão os seus próprios quadros.

Da análise à figura 4, uma ideia salta de imediato, quais são os factores-chave de sucesso para que se consiga levar a bom porto o objectivo de manter os níveis de saúde populacional a um nível elevado.

São quatro os vectores de equidade que são apresentados: manter saudável a população, agir sobre a doença, reabilitar os doentes crónicos e com incapacidade na medida do possível e melhorar o fim de vida.

Mas como em todos os sistemas conhecidos, existe aqui um *trade-off* entre a equidade e a eficiência nos domínios da qualidade (efectividade, segurança e foco no doente), da acessibilidade aos cuidados de saúde e do custo para a sociedade em manter o sistema.

Após a indicação de quais os factores-chave de sucesso, podem ser criados, os indicadores-chave de desempenho para medir o nível de execução dos objectivos traçados para o normal funcionamento do sistema de saúde.

A partir deste ponto dá-se início a ambientes cada vez mais operacionais.

Modelo para as Regiões de Saúde

A próxima etapa está em adequar os factores-chave de sucesso e os indicadores criados à realidade de uma região de saúde.

Assim, e pegando em conceitos já próximos do Balanced Scorecard, tem de se obter uma perspectiva alargada, ou seja, do interior e do exterior da organização. Desta forma são criadas quatro perspectivas diferentes:

1. **Visão Externa – Financeira e de Política de Saúde.** O que querem os *stakeholders* que se cumpra, ou quais são os caminhos apontados pelo decisor central em relação aquilo que são as expectativas dos cidadãos nacionais? Na mesma perspectiva, qual o valor do orçamento à disposição e como está estruturado? Qual o valor para os Recursos Humanos, para Inovação, para Despesas Correntes, etc? Como manter a região de saúde dentro da restrição orçamental, sabendo que esta última é exógena?

2. **Visão Externa – Utentes.** O que esperam os cidadãos da região do seu sistema de saúde? Para cumprir o papel que cabe à região, quais os cuidados de saúde que devemos disponibilizar e onde devem estar situados esses cuidados? Devemos focar mais nos cuidados primários, na cirurgia de ambulatório, etc? Quais os recursos ao dispor da região e quais aqueles que se podem utilizar de outras regiões ou de outros sectores da economia regional?

3. **Visão Interna – Excelência de Cuidados.** Quais os processos que se podem utilizar para melhorar os níveis de serviço dos recursos regionais? Quais os processos de excelência que podemos manter e melhorar? Quais os processos que se devem melhorar e quais os que se podem abandonar?

4. **Visão Interna – Busca da Melhor Evidência Científica.** Quais os recursos que se podem utilizar para melhorar a qualidade e aumentar ou redireccionar as competências dos prestadores de saúde da região? Como é que se pode aumentar a qualidade da prestação com base na melhor prática científica à disposição? Deve a região utilizar meios próprios para melhorar a qualidade ou solicitar a outros que indiquem o caminho?

Assim são apresentadas duas perspectivas diferentes. Nos pontos 1 e 2 são elementos externos à região de saúde que indicam ou condicionam as escolhas da região, nos pontos 3 e 4 são os próprios recursos da região que devem ser geridos de forma a responder aos pontos anteriores.

Em cada um destes pontos há que identificar quais os factores-chave de sucesso e quais os indicadores-chave para atingir os objectivos propostos quer pelos utentes e cidadãos da região quer pelos objectivos de política de saúde nacional.

Em forma de esquema o que se pretende, a título de exemplo, é o seguinte:

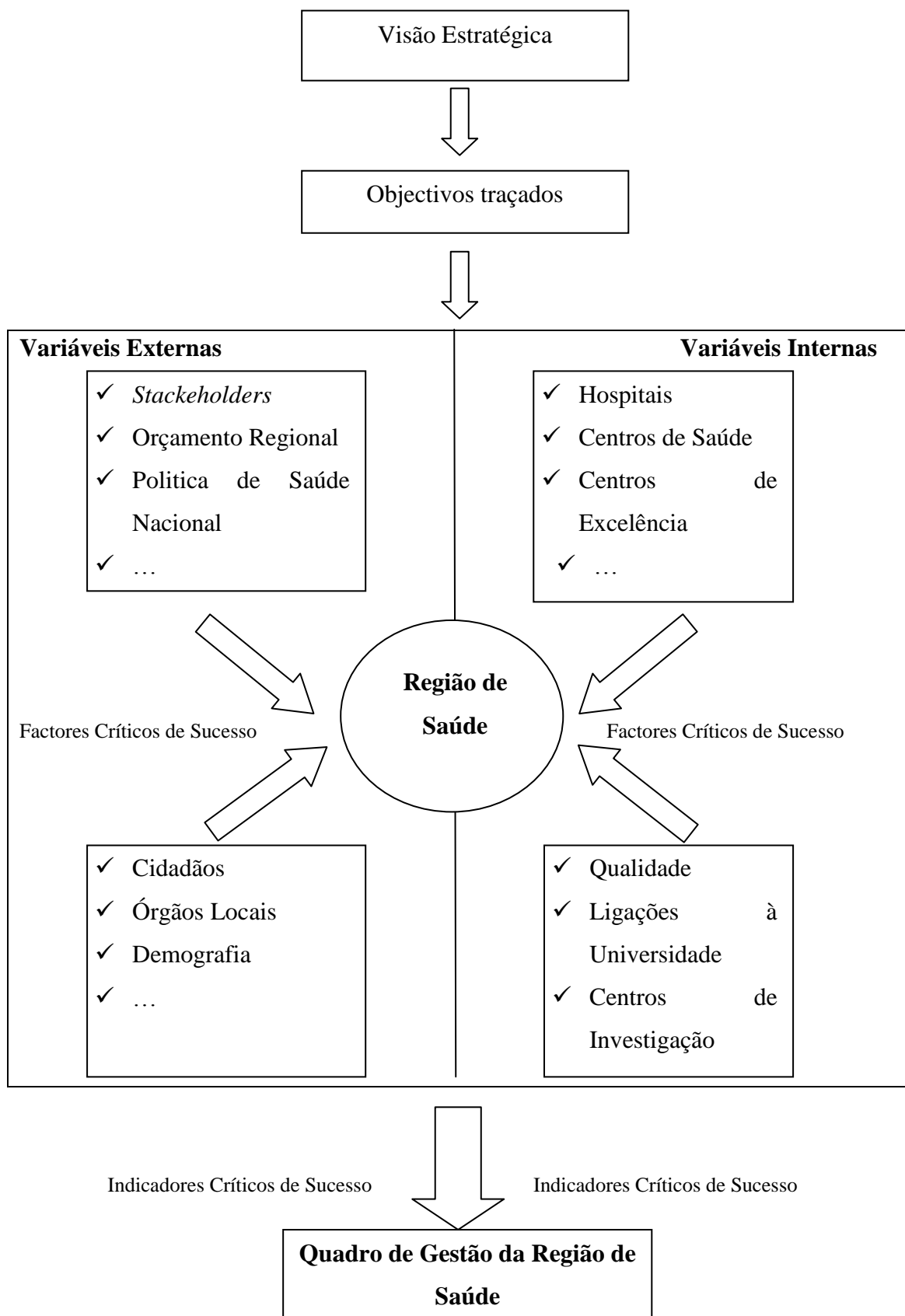


Figura 5 – Indicadores para as Regiões de Saúde

Modelo para os Hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde

No próximo patamar encontramos um nível mais próximo do operacional, o Hospital ou num dos novos Agrupamentos de Centros de Saúde, por exemplo.

Neste ponto as perguntas feitas pelo Conselho de Administração devem ser: qual a produção que pretendem desta unidade, como é que a pretendem medir? Como é que nos vão ser pagos os custos de produção? Existem ou não sistemas de incentivos à produção? Qual é a população-alvo?

No sistema português a medição da produção hospitalar é feita através do sistema do Disease Related Group, ou Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH). O sistema é vendido em todo o mundo pelo grupo 3M e cuja versão utilizada em Portugal é a *all patients 21*.

Não podendo utilizar outra forma de medir a produção, importa ao hospital perceber qual a produção que deve ter durante um ano.

Neste ponto, e à semelhança dos anteriores, o conceito de estratégia devem ser postos em prática, assim importa definir os factores-chave de sucesso e escolher os indicadores que de entre a literatura, os painéis de especialistas e um cuidadoso estudo interno, melhor representam a realidade da unidade de saúde.³²

Novamente e utilizando conceitos mais similares ao Balanced Scorecard, temos quatro visões diferentes, nos pontos 1 a 4, e mais uma visão diferente das anteriores e mais próxima do conceito de Tableau de Bord no ponto 5.

1. **Visão Externa – Financeira e Produção.** O que produzir em relação ao contratado com a Região de Saúde? Como controlar a produção de forma a não ultrapassar os valores impostos? Como é que o valor do contrato é disponibilizado? Como é que são efectuados os pagamentos de incentivos (se

³² Pink, George H, et al. Selection of Key Financial Indicators: A Literature, Panel and Survey Approach, Healthcare Quarterly, Vol.10 No. 1, 2007

- existirem)? Como manter o hospital dentro do orçamento, sabendo que os valores não são fixados pelo próprio?
2. **Visão Externa – População.** Quais as principais doenças existentes na comunidade? Qual o seu perfil etário e distribuição geográfica? Qual a percepção da população relativamente aos serviços prestados pela Unidade de Saúde? Qual os picos de afluência à Unidade de Saúde? Outros problemas relacionados com a estrutura socioeconómica da população?
 3. **Visão Interna – Pontos de Excelência na Unidade de Saúde** Quais são os serviços que possuem um nível de prestação excelente? Quais os serviços que podem ser melhorados? Com melhorias de estruturas, processos ou resultados? Qual o GDH mais comum, o mais complexo e o mais grave?
 4. **Visão Interna – A Busca da Melhor Prática Clínica.** Quais são os processos certificados por auditores externos? Qual o número de congressos e outros eventos científicos promovidos por profissionais da Unidade de Saúde? E qual o número dos mesmos assistidos pelos profissionais? Existem áreas reconhecidas pela comunidade científica onde seja possível treinar os novos profissionais? Qual o desvio dos métodos utilizados para a melhor prática baseada na evidência, em termos da estrutura, dos processos ou dos resultados? Existe acreditação de áreas ou do hospital?
 5. **Visão Interna – Dados de Gestão Comparativos.** Análise dos desvios relativos ao ano anterior e ao projectado pelo plano de actividades e orçamento corrente para as áreas de:
 - a. **Produção**, dividida por:
 - i. **Internamento Hospitalar**, como exemplo, demora média, doentes saídos, taxa de reinternamentos, etc.
 - ii. **Consulta Externa**, com indicadores como número de primeiras consultas, lista de espera, meios complementares de diagnóstico prescritos, ...

- iii. **Cirurgia Convencional**, cujos indicadores poderiam ser entre outros, horas de ocupação do bloco, cirurgias por valência, mortalidade, etc.
 - iv. **Cirurgia Ambulatória**, por exemplo, poderiam ser utilizados indicadores como protocolos de cirurgia ambulatória cumpridos, ocupação dos blocos, reinternamentos não programados.
 - v. **Hospital de Dia**, cujos indicadores poderiam passar por doentes assistidos, fármacos administrados, reacções medicamentosas adversas, internamentos não programados, ...
 - vi. **Meios Complementares de Diagnóstico**, cujos indicadores seriam por exemplo, número de exames (Ecografia, TAC, RMN), lista de espera, relatórios produzidos, ...
 - vii. **Meios Complementares de Terapêutica**, com indicadores como o número de doentes assistidos, número de altas, lista de espera, ...
- b. **Qualidade**, e.g., infecções nosocomiais, quedas hospitalares, reclamações, etc.
- c. **Recursos**, divididos em:
- i. **Recursos Humanos**, por exemplo, profissionais de saúde (equivalente de tempo completo); profissionais com o grau de Doutor; profissionais com grau de Mestre; horas de formação interna e externa, etc.
 - ii. **Recursos Materiais**, e.g., horas máquina por RX, paragens não programadas da TAC, horas de reparação; etc.
 - iii. **Recursos Financeiros**, como por exemplo, proveitos do ambulatório, custos com pessoal, compras, etc.

Esquemáticamente teríamos algo semelhante a um avião a deslocar-se através do ar, cujo exemplo surge referido nos artigos de Kaplan e Norton sobre o BSC.

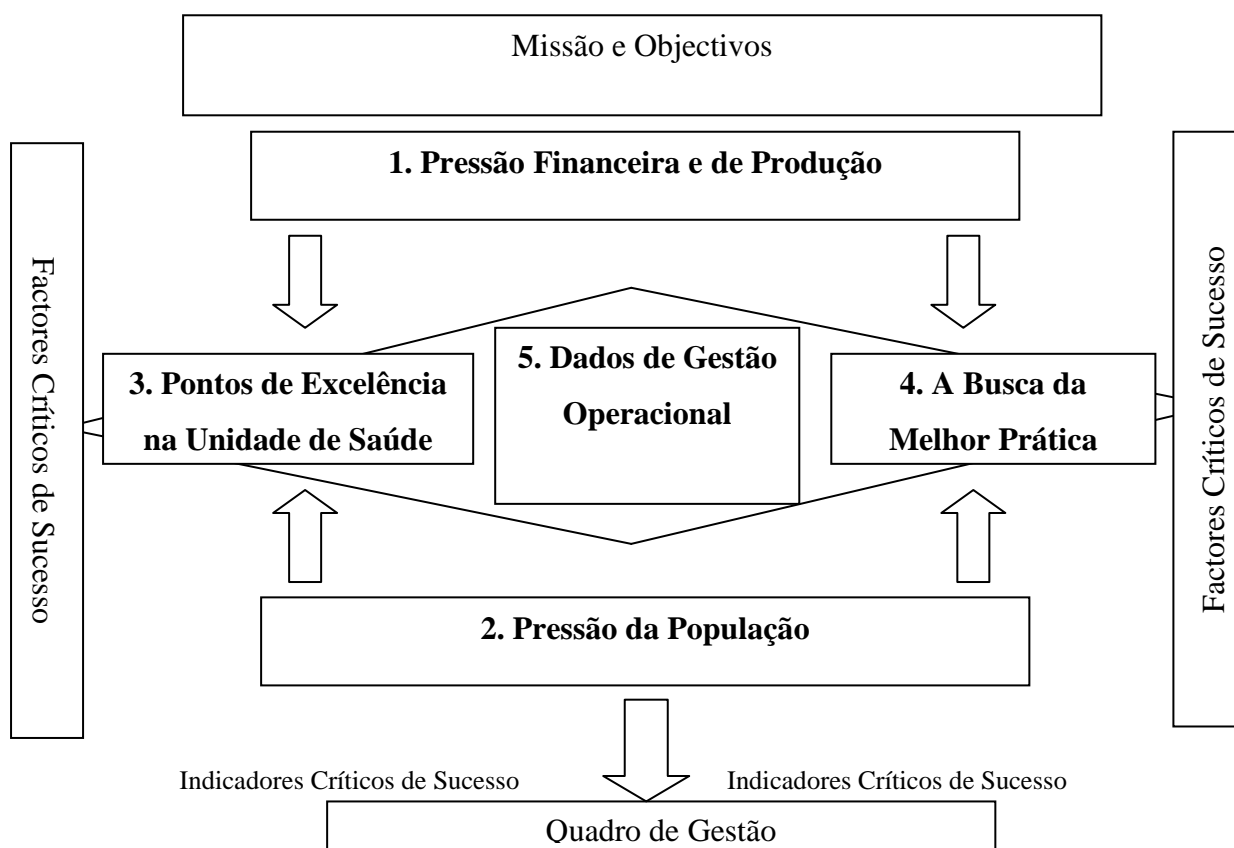


Figura 6 – Indicadores para os Hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde

Modelo para os Serviços Hospitalares e Centros de Saúde

Descendo agora ao último patamar surge o serviço hospitalar ou o Centro de Saúde ou uma outra unidade administrativa cujo objectivo principal seja a da prestação directa de cuidados de saúde.

Neste nível, o mais operacional, optou-se por utilizar uma visão mais restrita e mais similar a um Tableau de Bord, aliás alguma literatura, nomeadamente de origem francesa admite que a construção de um Tableau de Bord é essencial à boa condução de um serviço hospitalar.

Assim, ter-se-ia um quadro de desempenho dividido em quatro grandes áreas com duas comparações possíveis, primeiro com o período homólogo e depois com o planeado e orçamentado.

À semelhança do modelo apresentado anteriormente em Visão Interna – dados comparativos seria desejável ter:

1. Produção.
2. Qualidade.
3. Recursos
 - a. Humanos
 - b. Materiais ou técnicos
 - c. Financeiros
4. Incentivos

No ponto 4 - Incentivos - acrescenta-se uma nova área para a cada vez maior utilização, mesmo em Portugal, dos sistemas de pagamento pelo desempenho (P4P).

Como escolher então indicadores para cada uma destas áreas?

Pink et al. (2007)³³ num artigo sobre a selecção de indicadores financeiros deixa algumas indicações que se usarão aqui adaptadas a uma realidade maior que a dos indicadores financeiros.

O primeiro passo é o de reunir um painel de especialistas nas várias áreas para que seja possível reunir consensos sobre o que medir de uma forma prática.

O segundo passo é o de criar princípios básicos sobre a consistência e coerência dos indicadores. Aplicando estes critérios aos indicadores que existem, caso a unidade de saúde já os possua, ou sobre os mais utilizados noutras unidades de saúde similares, ou ainda, sobre indicadores a serem construídos.

A terceira etapa é uma revisão da literatura existente sobre cada área e sobre os indicadores mais utilizados e testados, utilizando para isso, literatura revista por pares.

³³ Pink, George H, et al. Selection of Key Financial Indicators: A Literature, Panel and Survey Approach, Healthcare Quarterly, Vol.10 No. 1, 2007

Indicadores de Desempenho em Saúde – Reflexão Teórica e Prática

O quarto passo recai sobre a escolha dos indicadores-chave com base nos conceitos de validade, importância e sentido prático.

Uma quinta etapa é dedicada à análise dos dados, com o cuidado especial de não publicar dados imprecisos e recorrendo ao painel de especialista sempre que algum valor pareça duvidoso, incorrecto ou não explicativo da realidade.

A última etapa visa a recepção dos elementos para quem a informação se destina, a sua reacção e uma revisão final aos indicadores (após consulta com o painel de especialistas, sempre que seja necessária uma alteração).

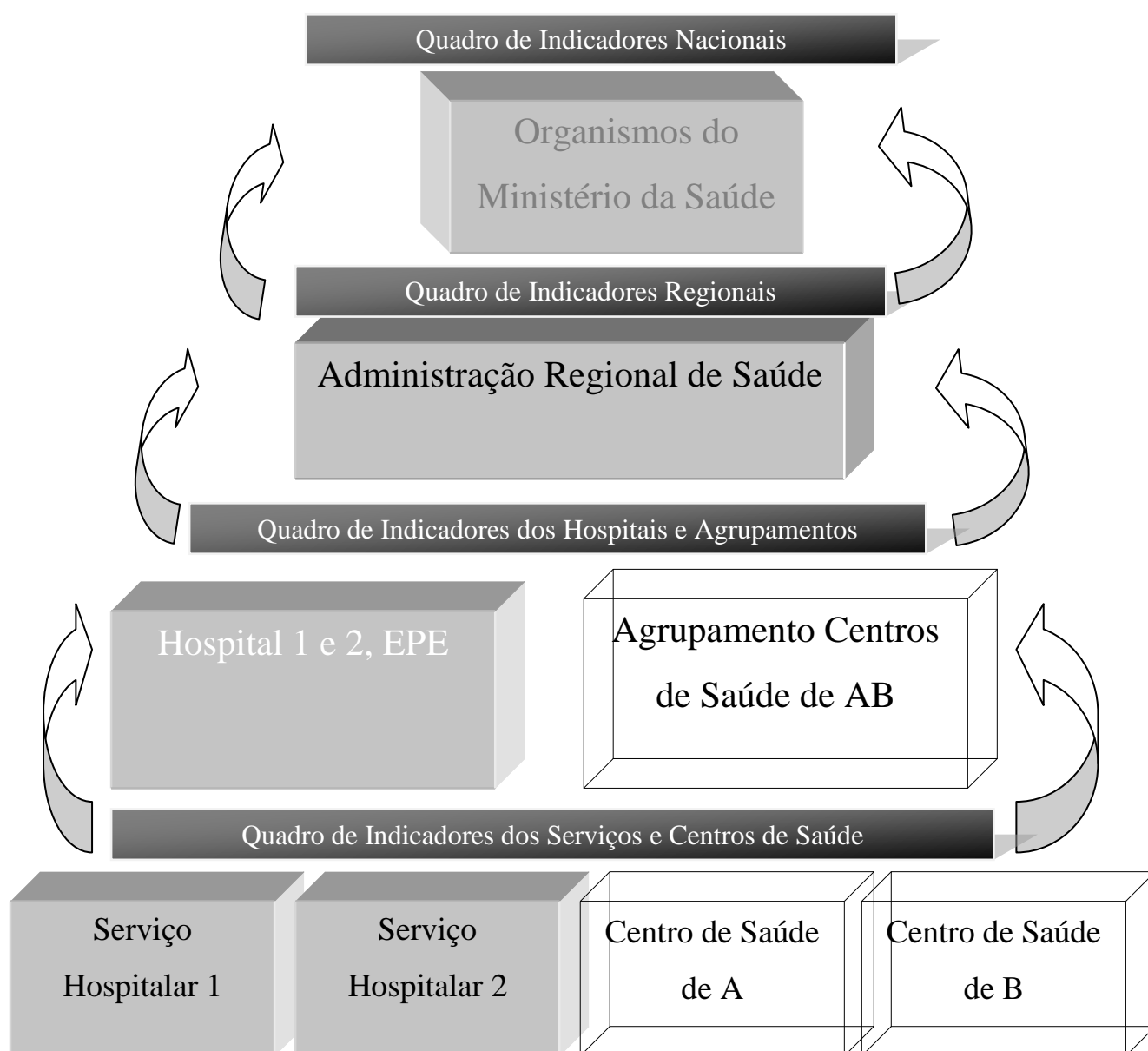


Figura 7 – Fluxo da Informação no Sistema proposto

4. Método de Recolha de Dados Proposto

4.1. Questionário com o título “De onde provém os dados de gestão usados para acompanhar a evolução do seu serviço, departamento, hospital, ARS, da ACSS?”

O questionário, inquérito ou *survey*, como é descrito na literatura anglo-saxónica, principalmente na Norte-Americana, é o método de estudo seleccionado para este trabalho de projecto.

Pretende-se usar um largo número de indivíduos de uma população específica, que neste caso, corresponde aos dirigentes intermédios e de topo do Serviço Nacional de Saúde Português, seleccionados por amostragem, sempre que possível. Em todas as situações não referidas, como é o caso da ACSS, DGS e ACS, utilizando a totalidade dos dirigentes. O inquérito deverá ter um conjunto estruturado de questões, seguindo uma escala de Likert, sempre que necessário e respostas dicotómicas na maioria das situações.

São apresentadas como desvantagens, do inquérito, por Graça (2004)³⁴ as seguintes: poder existir viés na amostra o que pode conduzir a erros graves; um mau desenho do questionário poder levar a respostas ambíguas, falsas, defensivas, etc.; o investigador está dependente da boa vontade e capacidade de resposta dos sujeitos seleccionados. E como vantagens Graça enuncia que se trata de uma forma relativamente rápida e barata de obter uma enorme quantidade de dados sobre uma amostra ou população.

³⁴ Graça, Luís, Guião para o desenho de um projecto de investigação, Universidade Nova de Lisboa ENSP, 2004.

É portanto, a forma mais rápida de se conseguir um maior número de respostas que se tornem estatisticamente relevantes. É com base nesta enorme vantagem que se propõe a utilização deste método.

4.1.1. O porquê deste questionário

O questionário serve para obter caminhos de resposta às perguntas de investigação feitas anteriormente, que são:

1. **Terão os diferentes níveis de gestão acesso aos indicadores mais relevantes para a tomada de decisão?**
2. **Serão os dados fiáveis?**

De forma a responder eficientemente a estas duas questões é importante ter em mente três pontos importantes³⁵:

- a. Criar um sistema de resistência ao viés introduzido pelo próprio investigador, quer na forma como são formuladas as questões, quer na forma como os dados irão ser utilizados;
- b. Criar um sistema apropriado ao tipo de população (médicos, gestores, directores-gerais, etc.) a que se destina, devendo ser suficientemente profundo para que se alcancem os objectivos propostos, mas adequado a cada situação;
- c. Deve ser eficiente em termos de custos, devem ser utilizados os meios capazes de responder aos objectivos traçados.

O tamanho da amostra terá de ser diverso dado que um estudo desta natureza deverá abarcar a totalidade do SNS português. Assim deverão ser escolhidos alguns hospitais para responder ao inquérito, situados em regiões do país diferentes mas agrupados

³⁵ Kitchenham, Barbara A., Principles of Survey Research Part 2: Designing a Survey, Software Engineering Notes, Vol 27 no.1, January 2002

sempre que possível entre intervalos de índice de Case-mix, para que os resultados não sejam muito diferentes entre si.

Antes de iniciar o envio de questionários há que escolher uma população-alvo para os hospitais. Garantindo a construção de *clusters*, com base em CMI semelhantes, com dimensões aproximadas e populações que se coadunem umas com as outras. Dos hospitais escolhidos, devem ser aleatoriamente seleccionados serviços ou outras divisões de semelhante grau hierárquico.

Os Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar deverão ser seleccionados aleatoriamente e de forma estratificada, por ARS, de entre todos os existentes.

Quanto ao grupo seguinte deverão ser enviados inquéritos à totalidade das ARS, à ACSS, à ACS e à DGS.

Quanto à taxa de respostas, ela também é diversa conforme o contexto em que estamos inseridos. Para a primeira amostra, hospitais e serviços hospitalares, é aceitável uma taxa de respostas na casa dos 20 pontos percentuais, e para a segunda amostra, todas as restantes entidades, a totalidade dos inquéritos deverão ser respondidos.

Deverá também ser efectuada uma verificação exhaustiva do questionário por parte, quer do autor, quer dos seus pares, quer de investigadores e professores universitários que possam contribuir para a sua melhoria.

A ideia principal é a de evitar viés vindos do próprio autor³⁶, quer pela forma como a pergunta é feita, quer pelo número de perguntas, o tipo de respostas categorizadas (em questionários fechados), quer finalmente, pelos instrumentos de resposta.

Antes de iniciar um questionário deve-se ter em atenção³⁷ os seguintes **pontos relativos as perguntas a formular:**

³⁶ Kitchenham, Barbara A., Principles of Survey Research Part 4: Questionnaire Evaluation, Software Engineering Notes, Vol 27 no.3, May 2002

³⁷ Kitchenham, Barbara A., Principles of Survey Research Part 4: Questionnaire Evaluation, Software Engineering Notes, Vol 27 no.3, May 2002

- Devem ser feitas de forma neutral, não expondo a opinião do autor;
- Devem ser feitas tantas quanto as necessárias e suficientes para obter respostas fidedignas por parte dos participantes;
- Deve-se ter atenção à ordem pela qual estas são feitas de forma a não confundir os participantes, nem os obrigar a respostas menos sinceras;
- Devem-se criar categorias de perguntas exaustivas, sem viés e mutuamente exclusivas;
- Devem ser feitas de um modo claro, mas suficientemente técnico para que os participantes entendam que se trata de um estudo académico, no qual estes podem ter uma contribuição importante.

Ao avaliar os questionários deve-se ter em atenção, ainda, a dimensão, fiabilidade e validade.

Sendo que se espera construir um questionário o mais dicotómico possível, i.e. baseado em respostas do tipo sim ou não, será utilizada uma variável de proporção:

$$P_Y = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{N}$$

Sendo assim o desvio-padrão amostral será:

$$\sqrt{\frac{N-n}{N}} \sqrt{\frac{P^y(1-P^y)}{n-1}}$$

4.1.2. Definição de inquérito para responder às hipóteses – Qualidade e Quantidade dos Indicadores à disposição.

Entra agora em discussão de quais as questões que devem ser levantadas para responder às perguntas de investigação tendo em conta os modelos construídos neste projecto de investigação.

4.1.2.1. Direcções Centrais do Sistema de Saúde

O primeiro de quatro questionários será dirigido a direcções centrais, como a DGS, a ACSS, ou a ACS.

Procura-se obter informação cruzada, no que diz respeito à Qualidade, Acesso e Custos, nas quatro vertentes do modelo adaptado da OCDE: manter a população saudável, melhorar de um problema agudo de saúde, viver com a doença ou a incapacidade e análise ao sistema de cuidados paliativos ou de fim de vida.

Começando pela vertente Qualidade, e mantendo a perspectiva dentro do modelo apresentado, subdividimos este tema em efectividade, segurança e foco no doente.

As perguntas desta secção interceptam as quatro vertentes de uma forma que pode ser descrita da seguinte forma, que pode ser lembrada pelo quadro abaixo:

Necessidades de Saúde	Qualidade			Acesso	Custo
	Efectividade	Segurança	Foco no doente	Acessibilidade	
Manter saudável					
Melhorar da doença					
Viver com a doença ou a incapacidade					
Cuidados Paliativos					

Figura 8 – Modelo para o Sistema de Saúde - Qualidade

Qualidade (Efectividade, Segurança e Foco no Doente) – Manter a população saudável

O objectivo destas perguntas é o de compreender se existem meios de medir a saúde da população em geral; se existem meios de conhecer quais os principais problemas de saúde da população; se existem programas de vacinação massivos; se existe controlo de epidemias; se existem programas específicos na saúde materno-infantil,

adolescência, vida adulta, terceira idade; qual o nível de iliteracia em saúde na população; se existem meios de avaliar o impacto da medicina familiar na prevenção da doença.

Qualidade (Efectividade, Segurança e Foco no Doente) – Melhorar de um problema agudo de saúde

Aqui o objectivo é o de saber se estão criados meios para medir o total de dias de hospitalização da população; se estão criados meios que permitam medir o regresso dos doentes à vida activa; se estão criados sistemas de verificação de reinternamentos com a mesma causa; número de doentes com patologias obtidas após internamento (por exemplo, úlceras de pressão, infecções, etc.); se existe um sistema de informação para o médico de saúde familiar; saber se nos casos em que é clinicamente necessário existe *follow-up* do doente.

Qualidade (Efectividade, Segurança e Foco no Doente) – Viver com a doença ou a incapacidade

Esta secção terá como metas estabelecer se existem redes de cuidado contínuo formalmente estabelecidas, com patologias definidas para o seu acesso ou grau de incapacidade física adquirido por doença ou acidente, por forma a obter dados como número de camas disponíveis, quantidade de profissionais dedicados, doentes a receber cuidado, previsão da esperança de vida para cada patologia; indagar se existe uma rede de referência para a reabilitação física, causada por doença ou acidente, de forma a obter, número de camas disponíveis, média de ocupação de camas, percentagem de doentes reabilitados com sucesso, número de doentes que transitam para o estado crónico ou para o estado de necessidade de cuidado contínuo; indagar se existe uma rede de referência para tratamento e acompanhamento de doentes com condições crónicas (por exemplo, diabéticos, hemofílicos, VIH/SIDA, etc.), para que seja possível obter dados sobre o número de doentes diagnosticados com patologias crónicas, número de profissionais de saúde dedicados a estas patologias, doentes em tratamento, doentes em acompanhamento clínico permanente.

Qualidade (Efectividade, Segurança e Foco no Doente) – Sistema de cuidados paliativos ou de fim de vida

Nesta secção pretende-se obter respostas para questões como a existência de uma rede de apoio ao doente em fase terminal; número de profissionais de saúde dedicados a esta actividade, número de camas disponíveis, número de doentes no sistema, existência ou não de lista de espera, número de doentes seguidos no domicílio.

Necessidades de Saúde	Qualidade			Acesso	Custo
	Efectividade	Segurança	Foco no doente	Acessibilidade	
Manter saudável					
Melhorar da doença					
Viver com a doença ou a incapacidade					
Cuidados Paliativos					

Figura 9 - Modelo para o Sistema de Saúde - Acesso

Acesso – Manter saudável

Neste ponto interessa obter informação relevante relativa ao acesso à Medicina Familiar, Reprodutiva, Pediátrica, Ginecológica e de outras especialidades médicas com forte componente nos cuidados de saúde primários, a saber: existe uma referenciação do médico de saúde familiar para as especialidades médicas; existem protocolos de controlo da saúde da população como número de mulheres com mamografia, coloscopia, etc, efectuada, homens com teste de PSA, colesterol, HTA efectuado, por exemplo; existe a possibilidade de acesso a um conjunto de exames e meios complementares de diagnóstico de rastreio, padronizados, baseados na evidência médica e na idade do utente.

Acesso – Melhorar de um problema de saúde

Nesta secção importa compreender se os cidadãos têm acesso aos melhores cuidados de saúde em caso de doença aguda, assim as questões colocadas devem focar situações como: o número de doentes mortos prematuramente por causas evitáveis; o número de doentes em lista de espera cirúrgica, número de cirurgias urgentes efectuadas, número de cirurgias programadas efectuadas, número de doentes em lista de espera para primeira consulta, número de primeiras consultas, número de consultas subsequentes, número de doentes em lista de espera para iniciar

tratamento, número de doentes activos na lista de espera após um prazo clinicamente espectável, número de doentes em lista de espera com cirurgias de urgência para o diagnóstico principal da lista de espera onde se encontravam, indagar da existência de protocolos de referenciação, para tratamento ou cirurgia, de doentes por gravidade do diagnóstico.

Acesso – Viver com a doença ou a incapacidade

Neste ponto as questões devem-se dirigir para a rede de referenciação de reabilitação (cardíaca, física, etc.), para o acesso à informação sobre listas de espera para internamento em reabilitação, de tratamento ou de meios complementares terapêuticos essenciais à vida ou outros, médias dos dias de internamento, rapidez de resposta dos centros especializados e dos hospitais de agudos para com o doente; para o acesso a ajudas técnicas, prótese e ortóteses;

Acesso – Sistema de cuidados paliativos ou de fim de vida

Neste ponto o foco deve incidir nas formas de aceder aos cuidados paliativos de dois ângulos. O primeiro, a partir do hospital de agudos, onde a doença entrou numa fase estacionária ou em que o doente já não pode ser tratado com melhoria, e o segundo, através dos cuidados primários, a partir de um problema de saúde que se agravou.

Necessidades de Saúde	Qualidade			Acesso	Custo
	Efectividade	Segurança	Foco no doente	Acessibilidade	
Manter saudável					
Melhorar da doença					
Viver com a doença ou a incapacidade					
Cuidados Paliativos					

Figura 10 - Modelo para o Sistema de Saúde - Custo

Custo – Manter saudável

As perguntas desta secção deverão ser focadas na existência de programas de combate à doença na sociedade, quais os valores orçamentados para os diferentes programas, saber se se tratam de programas plurianuais (Plano Nacional de Saúde);

saber se é possível quantificar os ganhos em saúde na população nacional e que se podem imputar directamente aos programas em prática (dias de baixa, gastos em terapêuticas, dias de hospitalização, etc.); saber qual a parte do orçamento total em saúde que é, ou deveria ser gasto, para manter a população com níveis de saúde iguais aos países de igual desenvolvimento; e qual o valor que deveria ser gasto para atingir os 3 melhores.

Custo - Melhorar de um problema de saúde

O inquérito pode questionar sobre qual o valor gasto pelo sistema para manter a rede hospitalar e a de cuidados de saúde primários; se existem incentivos ao sistema de saúde para melhorar o seu desempenho e qual o valor orçamentado para tal; qual a percentagem do orçamento da saúde que é gasto em tratamentos de doentes agudos; indagar se existem formas de comparar o valor gasto com países de igual índice de desenvolvimento; saber qual o valor que poderíamos ou teríamos de gastar para atingir os 3 melhores países do mundo.

Custo – Viver com a doença e a incapacidade

Neste ponto importa perceber quais os custos associados a programas e terapêuticas ligadas à doença crónica (hepatite, hemofilia, insuficiência renal, diabetes, etc.); qual a percentagem do orçamento gasto nestes programas específicos; relativamente a países com igual desenvolvimento, é possível estabelecer uma comparação; qual o valor projectado para que Portugal pudesse pertencer aos 3 melhores países.

Custo – Sistema de cuidados paliativos ou de fim de vida

Nesta parte do inquérito colocam-se questões relacionadas com o custo por cama, por doente, por patologia, por região do sistema de cuidados paliativos ou de fim de vida.

4.2.1.2. Regiões de Saúde

Nesta próxima parte irão ser propostas as questões relativas ao modelo em estudo para as regiões de saúde.

O modelo proposto parte do princípio de que estão estabelecidos objectivos a longo prazo e que tais objectivos se apoiam na visão estratégica da região.

De forma a criar um quadro de gestão, a região de saúde deve descortinar quais das variáveis internas e externas que deve trazer para dentro do modelo.

Sendo assim as questões deverão ser colocadas para que se distingam de forma clara, variáveis externas, isto é, as variáveis que lhe são impostas, ou como se diz em linguagem económica, calculadas fora do modelo apresentado, e as variáveis internas, ou seja, as que a região pode de alguma forma controlar

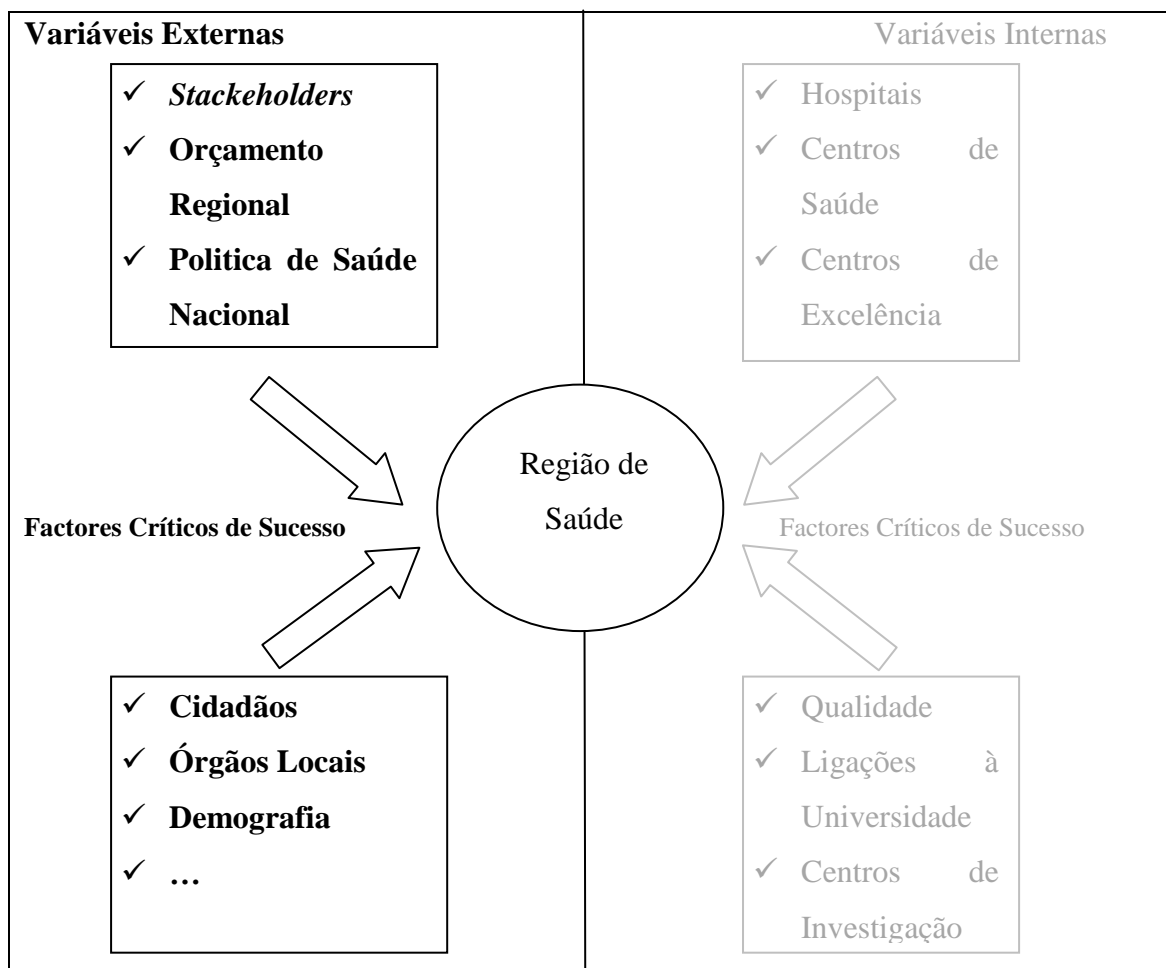


Figura 11 – Modelo para as Regiões de Saúde – Variáveis Externas

As variáveis externas, por definição não controláveis, são apresentadas no modelo teórico como correspondendo a metade dos factores críticos de sucesso para a organização da região de saúde. Neste contexto, a necessidade de identificar os vectores principais dessas forças é de substancial importância. Assim deverão existir

indicadores que avaliem a importância de cada variável externa para o desempenho da organização, a sua evolução e a comparação com as metas estabelecidas.

Das variáveis externas importa compreender se existe informação suficiente sobre a política de saúde do governo para um determinado período de tempo; se existe informação sobre a execução orçamental da região enquanto um todo; se existe consciência por parte dos dirigentes e da própria região para as exigências impostas pelos *stakeholders*, nomeadamente, o governo e os cidadãos; se existe informação sobre o índice de *case-mix* da região e sua evolução temporal, bem como, a previsão da sua evolução futura; se existem dados demográficos da população; se existem dados sobre mortalidade e morbilidade para a população desta região; se existem dados sobre atendimento a populações de outras regiões de saúde nacionais; se existem órgãos locais que se dediquem à área da saúde ou de actividades sociais complementares dos serviços de saúde, nomeadamente, o número de IPSS ou outras instituições similares.

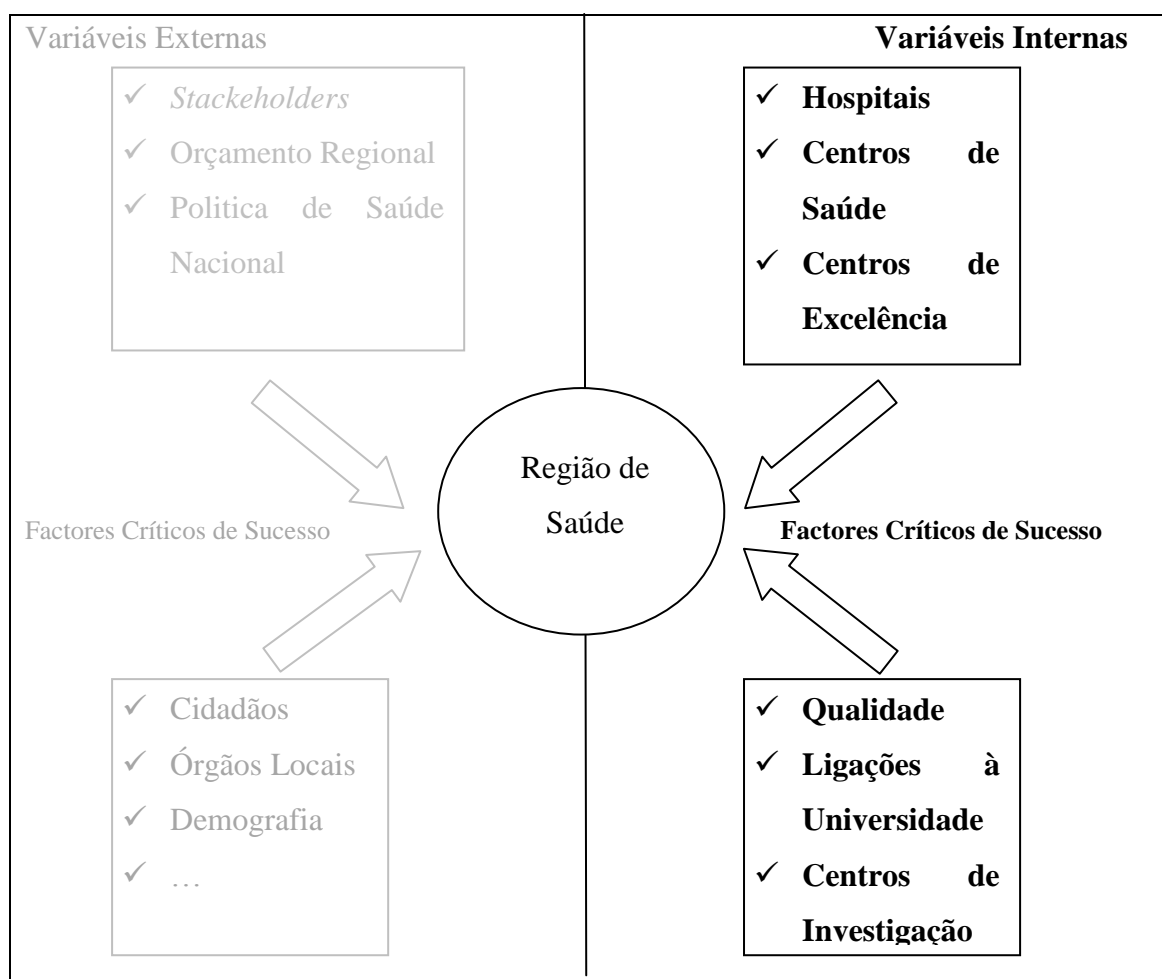


Figura 12 - Modelo para as Regiões de Saúde – Variáveis Internas

A outra metade essencial à boa gestão de uma região de saúde são as variáveis internas, isto é, as que se podem e devem controlar. É necessário identificar quais os factores chave de sucesso com maior impacto no desempenho da região, por forma, a escolher indicadores que os avaliem de forma precisa, quer na sua dimensão, quer na sua evolução, quer, ainda, em relação às metas estabelecidas.

Neste modelo existe uma preocupação com os níveis de excelência em duas vertentes que novamente devemos procurar medir, para avaliar o seu desempenho, por duas ordens de grandeza. Primeiro porque conferem à região de saúde uma primazia em relação a outras regiões do país e eventualmente até outras regiões da Europa (agora que tanto se fala de uma nova directiva que irá liberalizar a circulação de doentes na EU), e por outro lado, porque se devem avaliar os custos e os proveitos económicos de optar por não ter este centros de excelência na região, contratando-os a outras regiões.

De entre as variáveis internas importa perceber se existem dados disponíveis para saber qual o número de hospitais, centros de saúde, unidades de saúde familiar e outros serviços de saúde existentes na região, para que seja possível calcular o número de médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas, técnicos de saúde e restantes recursos humanos, conhecer a sua distribuição geográfica e os custos associados a estes recursos.

Além das anteriores perguntas é necessário conhecer a quantidade e qualidade de evidência científica que pode ser criada nas Universidades da região, quais os custos e os benefícios para o sistema regional da existência de programas de qualidade clínica, quais os custos e benefícios da existência de centros especializados, reabilitação, cirurgia cardio-torácica, transplantes, etc.

4.2.1.3. Hospitais, Grupos de Centros de Saúde

Com base no modelo proposto, a criação de um quadro de gestão de um hospital deve ter em conta os seguintes vectores e forças associadas.

Existem assim dois vectores que impulsionam de forma contrária o hospital: a pressão da população que o hospital serve cria a necessidade de prestar uma cada vez maior variedade de serviços clínicos de excelência; e uma pressão vinda dos contratos-programa que impõe metas financeiras e de produção máximas, vistos que aquelas que são simplesmente alcançáveis não limitam a produção. Como se esquematiza na figura seguinte.

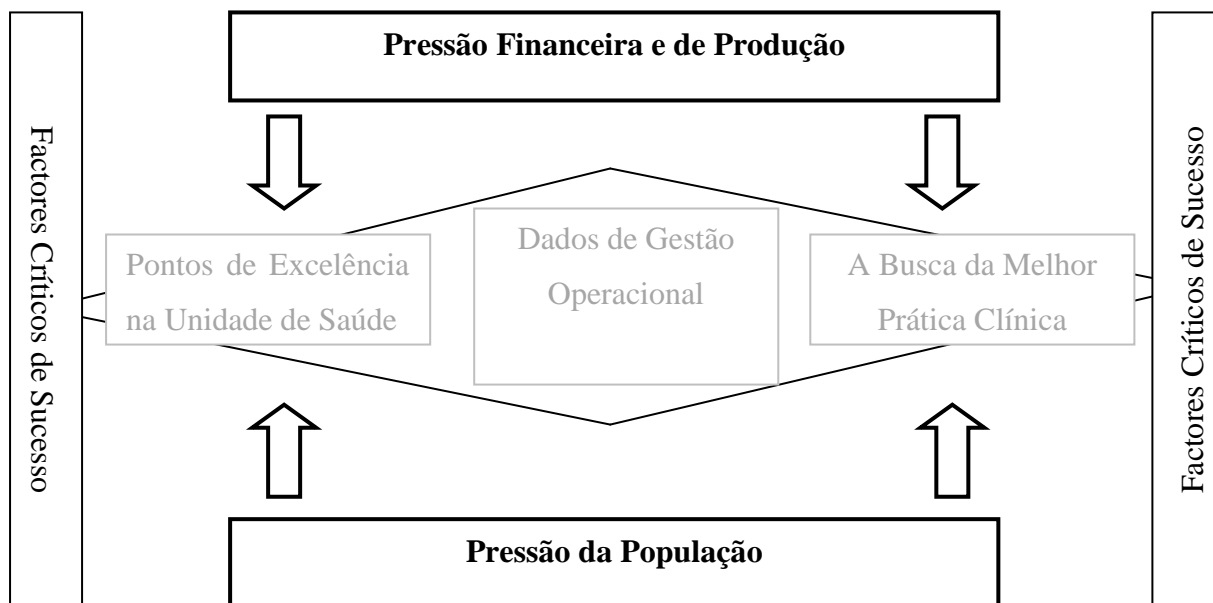


Figura 13 – Modelo para Unidades Clínicas – Vectores de Pressão

Posto isto é necessário obter resposta positiva às seguintes questões ligadas com estes dois vectores de força contrária: estão quantificadas as necessidades da população que o hospital serve, nomeadamente, existe informação sobre as patologias mais comuns e as menos comuns mas mais complexas; existe suficiente informação sobre a distribuição etária da população; qual a apreensão que a população tem da unidade de saúde; existem inquéritos de saúde à população que a unidade de saúde serve; e na outra dimensão, existiu uma divulgação geral do contrato-programa; os objectivos do contrato-programa e eventuais incentivos foram divididos por unidades internas da unidade de saúde tendo cada uma delas a consciência da responsabilidade assumida perante a instituição; é do conhecimento da instituição de saúde o orçamento global para o exercício em curso; sabe-se que todos os projectos, todas as actividades, planeadas para o ano em curso têm verba orçamental assegurada; foram divulgados internamente os *rankings*, posições relativas

da instituição, ou outras formas de criar tabelas de comparação entre instituições similares, para a região onde se encontra a unidade de saúde e a nível nacional, etc.

Existem, também duas forças que impelem a actuação das unidades de saúde, a busca da melhor prática clínica e a excelência dos serviços prestados sobre elas devemos obter informação sobre quais os indicadores que existem de forma a responder com maior rigor à primeira pergunta de investigação. Estas forças são internas ao próprio hospital ou grupo de centros de saúde e podem e devem ser utilizadas para responder às necessidades e exigências criadas pelos dois vectores referidos anteriormente. Conforme se esquematiza em figura abaixo.

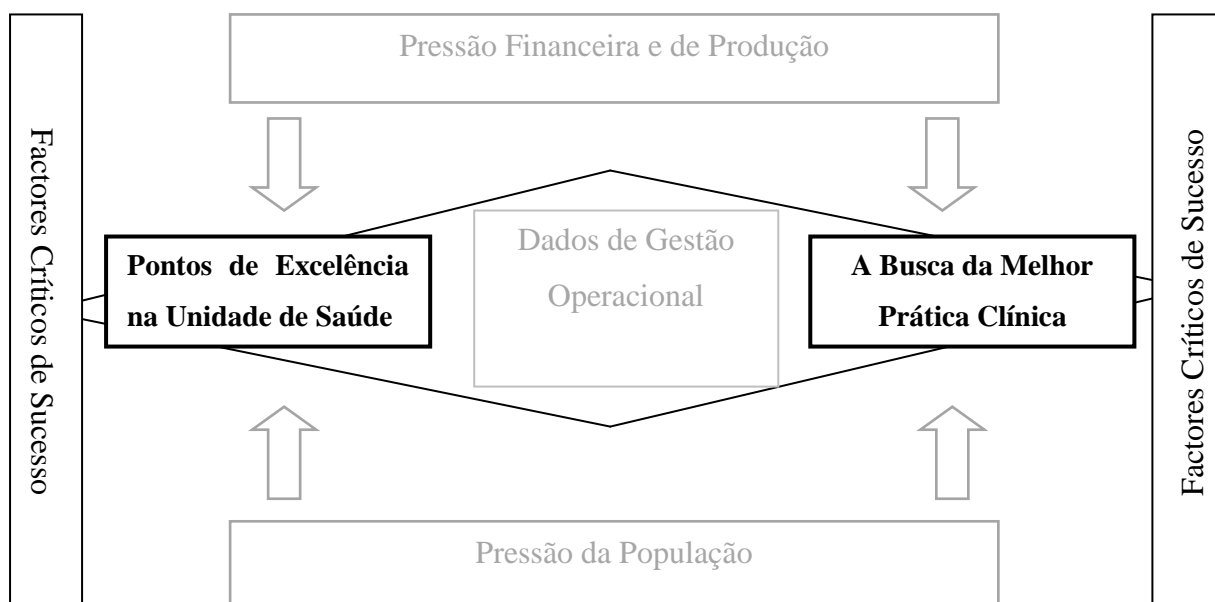


Figura 14 - Modelo para Unidades Clínicas – Forças da Unidade

Para que seja possível saber se existem meios de medir estas forças, necessitámos de inquirir a unidade de saúde sobre a existência de auditorias aos procedimentos clínicos; se existe um registos de boas práticas ou protocolos clínicos em utilização (se existem saber quando foram actualizados); indagar sobre a existência de registos de erros clínicos e o estudo desses registos; inquirir sobre a existência de uma base de dados (interna ou adquirida) de interações medicamentosas; saber se a instituição tem idoneidade para formar jovens clínicos em áreas específicas do saber; saber se existe orçamento para I&D e para participações em congressos e seminários para todos os profissionais do hospital; etc.

Além das visões internas e externas com forças e vectores, i.e., com aquilo que afecta o desempenho da instituição quer pela sua imposição quer pelo que pode ser utilizado como motor e, por isso, controlado, há ainda que ter em conta os instrumentos de medida próprios da gestão de uma instituição de saúde, que embora não se distinga abundantemente de outras organizações, tem, claro está, a sua especificidade dado que o objectivo principal é restabelecer, sempre que possível, a saúde dos utentes. Conforme a figura seguinte.

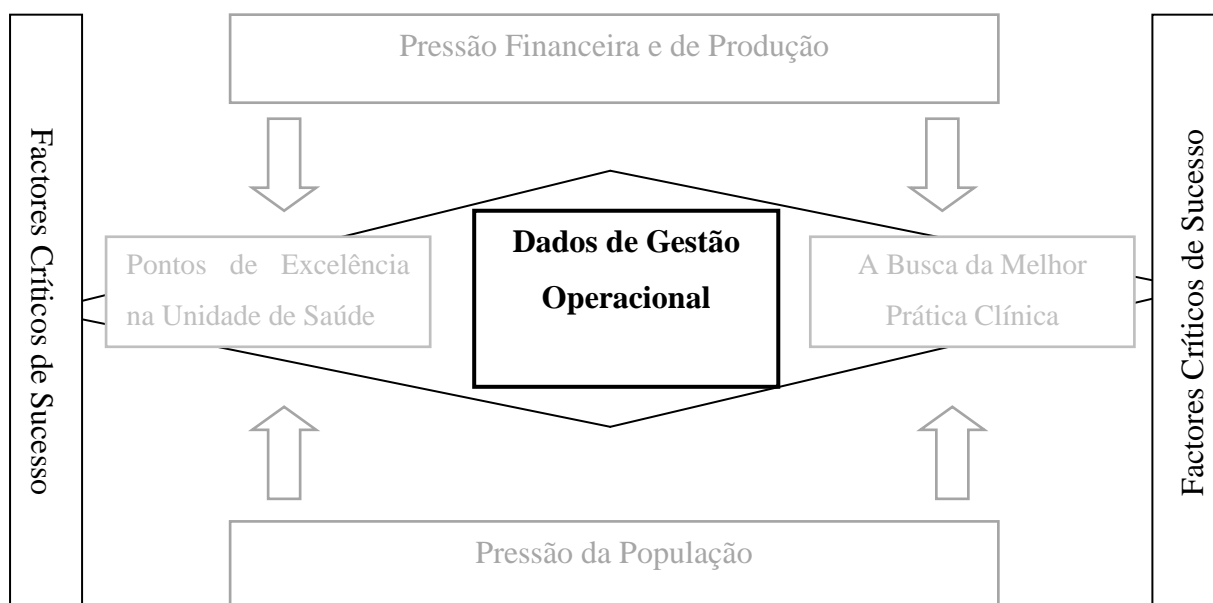


Figura 15 - Modelo para Unidades Clínicas – Gestão Operacional

Assim o inquérito deverá conter perguntas muito simples sobre a existência de um quadro de bordo de gestão, ou no caso de não existir um, saber se existe uma medição amíúde da evolução da unidade de saúde.

No caso de haver um quadro de gestão para a instituição é necessário que este abarque os pontos vistos no modelo estabelecido, ou seja, contenha informação sobre os recursos utilizados (financeiros, humanos, etc.), sobre a qualidade da prestação de cuidados clínicos e dados sobre a produção.

No caso de não existir um quadro estruturado há que inquirir a instituição sobre qual a informação de gestão que esta detém nas áreas já citadas, isto é, qual a evolução dos recursos financeiros, humanos e materiais (o que inclui as compras), qual os indicadores que dispõem para medir a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como, saber a forma como avaliam a evolução da produção. Todos estes pontos devem estar em confronto com o previsto e com o período homólogo para que a informação para a gestão tenha consistência e possa ser avaliados desvios quer positivos quer negativos.

4.2.1.4. Serviços Médicos e Centros de Saúde

Quanto ao inquérito relativo aos serviços médicos e centros de saúde, seja este ou não o nome dado pela instituição, o importante é que se trate da menor hierarquia possível dentro do sistema de saúde, sem ser chefia, este deve ter um aspecto similar ao quadro de gestão.

O modelo tratado no ponto anterior, aliás, sugere um aspecto similar ao quadro de gestão da organização, só que apenas centrado nestes serviços.

Importa então perceber se tal quadro de bordo existe e qual a informação existente nele relativa à produção do serviço, a qualidade dos cuidados prestados e aos recursos utilizados. Além destes três aspectos muito funcionais, acrescentou-se mais um de primordial importância, dado a forma como os sistemas de saúde estão a evoluir, o quadro de incentivos. Isto é, uma espécie de evolução e distancia para o objectivo que o serviço deve cumprir.

Se não existir tal quadro de bordo há que inquirir os responsáveis sobre quais os dados que dispõem sobre a organização dos seus serviços, nomeadamente, número de consultas, GDH mais frequentes, GDH mais complexos, número de médicos a prestar serviço, número de enfermeiros a prestar serviço, gastos em medicamentos, etc. e com que frequência é que estes dados são disponibilizados.

4.1.3. Definição de inquérito para responder às hipóteses – Fiabilidade dos dados e auditorias.

Todas as hipóteses de perguntas formuladas até aqui tiveram uma tónica na capacidade do sistema de responder a um modelo teórico construído em momento anterior. O objectivo era o de saber se existem indicadores suficientes para que seja possível utilizar um modelo de gestão de forma a habilitar os gestores do sistema de saúde com informação suficiente para a tomada de decisão.

Entramos portanto agora numa nova fase, a de **saber se os dados que existem podem ser considerados fiáveis**.

Há uma forma de criar um sistema de testes à fiabilidade aos dados recebidos. Este sistema, é o de criar auditorias aos processos implementados. Por um lado, através de um sistema de controlo interno, por outro através de um sistema de auditoria externa credenciada, para que seja possível ajustar o sistema à realidade que se pretende expressar.

Neste sentido, e utilizando o método expresso pela organização RAND³⁸ dos Estados Unidos da América para aferir o que é designado pelo “DRG Creep”, pode ser criado um sistema similar de controlo em duas fases.

O problema da falta de testes de fiabilidade aos dados recebidos por todos os intervenientes (gestores, directores clínicos, directores de serviço, presidentes de ARS, etc.) põe-se, primeiramente, na existência de maiores custos no sistema sem que as melhorias em saúde sejam notórias. Os médicos apontam duas razões principais para o aumento do custo na saúde, nomeadamente, a nível hospitalar, os avanços técnicos das ciências da vida permitem aos médicos utilizar terapêuticas e intervenções cirúrgicas mais complexas e cujos custos são também mais elevados, além disto, muitos doentes com complicações que necessitavam de dias de internamento podem hoje ser seguidos em casa ou em consulta. Estas alterações permitem que os custos com a saúde aumentem, principalmente, porque o índice de *case-mix* dos doentes aumenta muito.³⁹

³⁸ Carter, G.M., Newhouse, J. P., Relles D.A., Has DRG Creep Crept Up? Decomposing the case-mix index change between 1987 and 1988, RAND 1991

³⁹ Carter, G.M., Newhouse, J. P., Relles D.A., Has DRG Creep Crept Up? Decomposing the case-mix index change between 1987 and 1988, RAND 1991

Assim só através de um sistema contínuo de auditoria em duas fases (controlo interno e auditoria externa) será possível manter a credibilidade dos dados no sistema.

O questionário deve então inquirir sobre quais os métodos de auditoria existentes, internamente ao sistema e da seguinte forma hierárquica, os contratantes do sistema devem poder obter informação e voltar a classificar todos os doentes que entrem neste, quer nos hospitais de agudos, quer nos cuidados primários, quer nos cuidados paliativos, quer os doentes com condições crónicas, usando sistemas internacionalmente estabelecidos para o efeito; as Administrações Regionais de Saúde, por seu lado, deverão poder reclassificar todos os processos que sejam necessários, de forma a cumprir critérios internacionalmente estabelecidos para auditorias clínicas. Além de escolherem uma amostra própria os auditores da parte contratante (a ACSS) deve ainda recodificar a amostra dos auditores de cada ARS. Da junção das duas amostras recodificadas pelo Auditor da ACSS deverá surgir o índice de case-mix, do hospital, da região e do país.

Os hospitais e os grupos de centros de saúde e unidades de saúde familiar existentes devem contratar clínicos especializados em classificações para garantir que os dados que enviam para as ARS são fiáveis, que não exibem um número anormal de *outliers*, e que se encontram a cumprir as directivas contratuais estabelecidas.

Além da questão da auditoria surgem ainda mais duas questões ligadas aos recursos e a produção que não passam pelo controlo da qualidade da informação, mas antes pelo limite temporal estabelecido para a inserção dos dados e ainda a correcta quantificação dos mesmos.

Assim, e relativamente aos recursos existentes, algumas das questões que se podem colocar prendem-se com a atempada inclusão dos custos associados a um determinado período de tempo, o que em termos contabilísticos se chama de principio da especialização do exercício. Também na questão da correcta contagem do número de profissionais em equivalente de tempo completo se pode por a questão de como se avalia este indicador, pois ele varia ao longo do mês e do ano. Além destes existem múltiplos exemplos de necessidade de verificação, como por exemplo, a entrada de material de consumo clínico no hospital e o seu registo, ou a identificação dos lotes em consumo na farmácia.

Todos estes aspectos de carácter meramente administrativos têm uma grande importância na verificação dos custos suportados pelo hospital quer na perspectiva de centros de custo, mais antiga, quer na perspectiva de centros de responsabilidade, mais moderna, e onde as receitas geradas por cada centro de responsabilidade também são levadas em conta.

Relativamente aos actos praticados e que podem contar para os indicadores ligados à produção, temos duas aproximações. A primeira é mais administrativa e prende-se com o preenchimento correcto e atempado da informação base, como por exemplo o número de doentes internados num determinado período, ou o lançamento dos dados relativos ao ambulatório e aos MCDT. A segunda parte é mais complicada e pode ser respondida pela auditoria, ou seja, qual é o desvio entre o índice de case-mix espectável para aquela região ou para aquele hospital e qual é o índice de case-mix calculado a partir dos dados na origem.

Além desta evolução da auditoria é necessário inquirir os responsáveis do sistema de saúde em termos da sua evolução a longo prazo dos indicadores, recorrendo a séries temporais os mais longas possíveis. O objectivo deste tipo de análise é evitar o *goalseeking* por parte dos intervenientes no sistema. como foi explicado na introdução.

Algumas questões podem ser consideradas como pertinentes, para que se obtenha um grau de sensibilidade da fiabilidade relativa do sistema de informação, no que concerne ao objectivo de perseguir as metas pelo interesse, apenas, monetário que estes possam ter.

O inquérito pode tentar perceber se existe uma **selecção adversa dos pacientes**, através de indicadores, como por exemplo: a idade média dos pacientes por patologia, o número de primeiras consultas por especialidade (tendo em conta o número de consultas de cirurgia e de medicina), o número de dias de internamento em cirurgia e medicina, o número de camas disponíveis para patologias mais graves e menos complexas, o número de médicos com especialidade médica versus os seus colegas com especialidades cirúrgicas, etc.

Pode-se tentar ainda perceber se existe a possibilidade dos **intervenientes jogarem o jogo dos incentivos** e não focarem a atenção no paciente, com o estudo de indicadores como a percepção de saúde da população que o sistema serve, a

melhoria de certas condições de saúde alterando o seu paradigma (a passagem do HIV/SIDA de ameaça há vida do portador para uma doença crónica, por exemplo), o uso de métodos não-invasivos contra a utilização de métodos invasivos, a percentagem de GDH mais complexos sobre GDH mais graves, o número de cirurgias mais complexas sobre o número de cirurgias menos complexas, etc.

O inquérito pode ainda observar se existem **percepções opostas entre o doente e o médico**, no que se refere aos métodos terapêuticos escolhidos pelo médico, nomeadamente através de, por exemplo, médias de tempo entre as primeiras consultas e as subsequentes, número de exames e medicamentos prescritos por utente, diferença entre os exames prescritos por sexo e idade, número de cirurgias complexas por sexo e idade, etc.

È ainda necessário tentar compreender o aumento da **prática de actos desnecessários** e dos correspondentes custos com a saúde, como por exemplo, através, da comparação entre morbilidades para o mesmo GDH, a média do número de exames efectuados a doentes com patologias semelhantes e compará-los com a média do número de exames efectuados a doentes com patologia semelhante mas aferidos por métodos como o *Disease Staging*, a média de fármacos gasto por GDH em comparação com a média de fármacos utilizados por GDH após ajustamento pelo risco, etc.

5. Dados esperados

Relativamente aos dados esperados a opinião do autor vai no sentido de não se conseguir reunir a totalidade da informação necessária à validação dos modelos apresentados, sendo que é expectável que estes tenham de ser ajustados.

As razões principais prendem-se com factores próprios das organizações de saúde, mas também, da forma como estes dados estão organizados em Portugal.

Relativamente às próprias unidades de saúde Reis⁴⁰ afirma parecer claro que as organizações de saúde:

- Actuam em ambientes de instabilidade, complexidade e diversificação;
- Actuam sobre níveis competitivos muito hostis na captação de recursos;
- Têm um sistema muito regulado a nível técnico, são muito sofisticados e a taxa de mutação é elevada;
- Dispõem de um sistema de valores próprio que está em permanente incorporação;
- Movem-se num mercado específico em que os consumidores de produtos de saúde têm um papel menor do que os restantes intervenientes, lembre-se aqui o papel de agente do médico;
- Vivem em constante especialização num quadro de mão-de-obra intensiva;

⁴⁰ Reis, Vasco Pinto dos, *Gestão em Saúde: Um Espaço de Diferença*, ENSP, Lisboa, 2007

- Têm acesso à mais avançada tecnologia sem que haja qualquer substituição da mão-de-obra, ou seja, ao incorporar horas-máquina no processo não são substituídas horas-homem, muitas vezes o contrário acontece;
- Actuam em permanência 24 horas por dia 365 dias num ano sempre em constante desgaste de máquinas e pessoal;
- Acresce ao ponto anterior o facto de algumas unidades de saúde terem serviços de urgência em funcionamento, o que lhes traz imprevisibilidade;
- Têm uma estrutura dual em termos de autoridade, formal e profissional, e de responsabilidade, perante a organização e directamente perante os doentes;
- Os diferentes grupos profissionais têm uma visão diferente da organização.

Apesar de toda esta enumeração de especificidades, as organizações de saúde podem ser traduzidas em números, e como tal mensuráveis, e são-no por todos grupos profissionais dentro do hospital.

Os médicos, os enfermeiros, os terapeutas e os gestores todos fazem reflectir a actividade das organizações de saúde às quais pertencem em valores, unidades de medida, que podem ser comparados.

Uma forma de comparar os dados entre todos estes profissionais é o ajustamento pelo risco como afirma Costa⁴¹ “... *A avaliação do desempenho das organizações de saúde tem seguido a trilogia definida por Donabedian — Estrutura, Processo e Resultados*”. Aliás à semelhança dos sistemas encontrados durante a pesquisa, todos os indicadores contemplavam a matriz de Donabedian. Continua Costa⁴² afirmando que “... *Existem diversas perspectivas para a avaliação do desempenho da vertente Resultados — efectividade, eficiência ou desempenho financeiro. No entanto, qualquer que seja a utilizada, o ajustamento pelo risco é necessário para se avaliar a actividade*

⁴¹ Costa, Carlos, Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático: 5, 2005 (pág. 7-38)

⁴² Idem

das organizações de saúde, como forma de medir as características dos doentes que podem influenciar os resultados de saúde.

Como possíveis indicadores de resultados, existem a mortalidade (resultados finais), as complicações e as readmissões (resultados intermédios).”

Dos congressos atendidos pelo autor, onde a temática dos indicadores e do desempenho foram abordados, o que ficou mais claro foi a necessidade afirmada por vários intervenientes (em especial pelo Presidente do Conselho do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, ele próprio médico) da necessidade de primeiro, explicar aos clínicos a necessidade de existir uma avaliação económico-financeira da sua actividade e além disso de comparar o que é comparável, ou seja, de avaliar pelo risco os gastos em saúde de cada doente, e daqui a dupla responsabilidade afirmada atrás. Por um lado o médico é responsável pelos gastos em saúde do seu doente enquanto estiver ao seu cuidado, mas por outro, e já foi afirmado neste trabalho a responsabilidade do médico perante a saúde do doente, independentemente dos incentivos ou gastos associados ao seu tratamento.

Além destas necessidades existem ainda problemas específicos ao sistema de saúde português que dificultam a obtenção de dados e indicadores de desempenho.

Primeiro porque cada organização de saúde tem um sistema próprio, o que só por si não representa um problema. Tomemos por exemplo a banca, cada banco tem um sistema informático diferente mas todos nós conseguimos aceder à nossa conta através da rede multibanco. O problema está, na saúde, que não existem ainda bem definidos indicadores de desempenho para as organizações. Mais ainda, embora a Agência de Contratualização, ou seja, a ACSS pressione não existe obrigatoriedade dos hospitais contratarem internamente o contrato-programa dissolvendo a responsabilidade entre vários serviços hospitalares.

Em segundo lugar porque existem vários organismos centrais em disputa pela mesma informação. A, já referida, ACSS por via dos contratos-programa obriga os hospitais e os grupos de centros de saúde a enviar um determinado número de indicadores de desempenho ainda um pouco desagregados de uma lógica sistémica.

De seguida ir-se-á dissecar a informação disponível a nível dos organismos centrais do sistema de saúde português, que possa ter alguma relevância para a criação de um sistema de avaliação das organizações de saúde individualmente consideradas e do próprio sistema.

Indicadores de desempenho ACSS – Agência para a Contratualização

Os objectivos para a convergência de melhores desempenhos a nível nacional eram em 2007 e segundo a Agência para a Contratualização os seguintes: para a Qualidade a taxa de readmissões no internamento nos 1^{os} 5 dias; para o Acesso o peso das primeiras consultas no total das consultas médicas; para o Desempenho Assistencial o peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas e a demora média (em dias) e para o Desempenho Económico-Financeiro o resultado líquido, o resultado operacional e o custo unitário por doente-padrão tratado.

No exemplo do contrato-programa disponibilizado na página da internet da Agência de Contratualização em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat, os indicadores de desempenho exigidos para o ano 2007 são os seguintes:

- a) Percentagem de infeções cirúrgicas;
- b) Percentagem de mortalidade no internamento;
- c) Mortalidade neonatal;
- d) Mortalidade peri-operatória;
- e) Reintervenção cirúrgicas não programados no mesmo episódio;
- f) Quedas;
- g) Readmissões no serviço de Urgência nas 24 horas;
- h) Tempo de permanência no serviço de Urgência;
- i) Percentagem de doentes que abandonam o serviço de Urgência;

- j) Percentagem de doentes internados pela urgência relativamente ao número de urgências;
- k) N.º de doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável;
- l) Mediana do tempo de espera para a primeira consulta;
- m) Percentagem de consultas não realizadas da responsabilidade do utente;
- n) Percentagem de consultas não realizadas da responsabilidade da instituição;
- o) Percentagem de resposta a reclamações em menos de 30 dias;
- p) Mediana do tempo de resposta às reclamações.

Estes indicadores e a forma como estão organizados estão ainda muito longe dos exemplos a que se teve acesso durante a preparação deste trabalho.

Primeiramente não estão divididos por área sabe-se apenas que tem que ver na sua maioria com a produção e nalguns casos com a qualidade mas não existe nenhuma divisão nem separação entre os indicadores.

Segundo porque as fichas dos indicadores são confusas - ao contrário dos outros sistemas - não é aparente a utilização da trilogia de Donabedian, que existe em todos os outros sistemas de avaliação do desempenho; fala-se em “falha” directamente o que implica à partida uma desconfiança da organização central em relação aos hospitais - o que não existe no modelo proposto onde se fala de problema de saúde que se pretende medir ou de um aspecto específico da organização de saúde a que se refere; e acima de tudo não prevê de forma clara e elucidativa a comparação entre períodos homólogos, nem a sua comparação com o previsto ou planeado.

E por último o sistema não aparenta recolher informação de forma estruturada, é um repositório de dados na Agência de Contratualização, o que deixa muito pouco espaço para garantir a fiabilidade dos dados.

Estatística do Serviço Nacional de Saúde - DGS

Relativamente à DGS, uma das outras entidades nacionais com responsabilidade na área dos indicadores de desempenho do sistema de saúde, a informação estatística disponível relativamente ao ano de 2007 é abundante e pode até conter dados suficientes para a criação de um sistema de desempenho baseado nos modelos propostos. Porém, infelizmente a informação apresentada é pouco elaborada e não se encontra dividida, além da divisão por região de saúde o que dificulta a auditoria aos dados para que seja possível obter um grau de fiabilidade aceitável.

No entanto existem alguns valores interessantes, como por exemplo, o valor global de primeiras consultas e subsequentes, a lotação nacional de camas cirúrgicas e médicas, médicos por especialidade e totais no sistema de saúde, etc.

Indicadores de Desempenho - ERS

Quanto à ERS – Entidade Reguladora da Saúde, o seu relatório de actividades afirma que irá dar continuidade à implementação do Sistema Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (SINAS), sistema que permitirá analisar e comparar os desempenhos das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Afirma ainda o plano de actividades para 2009 que os indicadores a utilizar serão desenvolvidos com dois objectivos principais: primeiro, devem fornecer um conjunto de requisitos que possam ser utilizados por qualquer operador de saúde para determinar se os serviços prestados são simultaneamente seguros e de qualidade aceitável; segundo, fornecer uma ferramenta de melhoria contínua em todas as áreas dos cuidados de saúde prestados, possibilitando assim aos diversos estabelecimentos melhorar a sua performance ano após ano.

Embora em conferência atendida pelo autor tenha sido afirmado por responsáveis da ERS que será a *Joint Commission* a fornecer os indicadores de desempenho a utilizar.

O plano de actividades da ERS afirma pretender implementar um projecto-piloto de aplicação do SINAS até ao final de 2009.

Esse projecto-piloto irá incidir primeiramente na área da ortopedia onde serão escolhidos alguns indicadores de qualidade para que se possa aferir e ajustar o modelo da *Joint Commission*, Este projecto está a ser elaborado com o auxílio de uma empresa de consultadoria.

5.1. Comparação dos dados existentes com o modelo proposto

Tendo estes factos em consideração, será difícil esperar que um inquérito que pretenda avaliar os indicadores de desempenho do sistema de saúde português possa adquirir todos os dados. No entanto, e relativamente a alguns Centros Hospitalares do País, nomeadamente, o de Lisboa Zona Central, pode-se afirmar que a qualidade da informação que este hospital está disposto a mostrar em congresso e seminários é mais do que razoável para que se obtenham respostas positivas às questões formuladas.

Parece, apesar disso, existir ainda um fosso entre a informação hospitalar, que talvez por necessidade do modelo de financiamento se alterou e criou novas formas de gerir e obter informação para a gestão, e as organizações no topo do sistema de saúde.

Estas últimas, ainda não têm uma visão completa do sistema, focando a sua atenção apenas em alguns aspectos.

No quadro abaixo sintetizam-se as diferenças entre a informação recolhida e o modelo proposto.

Agência para a Contratualização	Modelo Proposto
Os indicadores não estão agrupados	Os indicadores estão agrupados por áreas conforme a visão que se aplica, indicando, ainda a trilogia de Donabedian
Ficha de Indicadores confusa	Os indicadores seguem um modelo simples que explicita o que deve ser medido e como.
Espírito de desconfiança (e.g. termo falha)	Os indicadores são construídos com o auxílio dos intervenientes sob supervisão de um grupo de peritos.
Não prevê de forma clara a comparação entre períodos homólogos, o planeado e o realizado.	A revisão da literatura efectuada transmite como fundamental aos modelos propostos estas comparações
Direcção-Geral da Saúde	Modelo Proposto
Informação pouco trabalhada	Os indicadores apresentam dados trabalhados, cuja agregação será o valor nacional desse indicador.
Informação com pouco detalhe	Os dados são rastreáveis até à sua origem, e as fontes de dados auditadas pela região e pelos organismos centrais.
Entidade Reguladora da Saúde	Modelo Proposto
Dependente da Joint Commision (de acordo com informação recolhida)	Os indicadores são desenvolvidos segundo um modelo que utiliza, um painel de especialistas, um inquérito e a revisão da literatura considerada necessária.
Irá ser aferido pela área da ortopedia	A proposta apresentada é para o sistema de saúde num todo sem particularizar nenhuma especialidade médica.

Quadro IX – Comparação com o modelo proposto

6. Conclusões

6.1. Discussão

A utilização de métodos de gestão de desempenho quer em instituições de saúde quer noutras organizações é sempre uma tarefa de inegável dificuldade, mas também, de essencial importância para a organização. O conhecimento quer da missão, quer dos objectivos propostos deve acontecer antes de todo o processo de criação de indicadores se iniciar e deve ser entendido como uma tarefa de todos os intervenientes, sejam eles médicos, enfermeiros, terapeutas ou gestores e administradores hospitalares.

O facto de se propor neste trabalho uma avaliação sistémica do desempenho do sistema de saúde torna o projecto tanto mais difícil como aliciante.

Desta forma o autor propôs dois âmbitos distintos para a investigação do desempenho em saúde, primeiro questionando se os dados disponíveis são suficientes, quer qualitativamente quer quantitativamente, para a boa gestão do sistema de saúde nos diferentes níveis de gestão. Em segundo lugar aferir da fiabilidade dos dados disponíveis.

Assim e de forma a dar corpo teórico ao modelo a criar, numa primeira fase tentou-se compreender **como criar um indicador em saúde**, sempre com a preocupação de este poder ser transversal à totalidade do sistema. Assim o indicador existente no serviço médico do hospital deve servir de base ao quadro de bordo do hospital, que novamente serve de base ao valor regional para esse indicador e que por sua vês dá origem ao indicador para a população nacional.

Para tal utilizou-se um indicador comum a muitos sistemas de indicadores na Europa, as úlceras de pressão ou de decúbito como diagnóstico secundário após internamento hospitalar. Recorreu-se como tal, ao modelo holandês, dinamarquês e do Reino Unido.

Para obter o enquadramento do indicador criou-se um quadro onde se expõe o problema de saúde ou a dimensão da organização de saúde que se pretende medir, a indicação de como construir o indicador, a periodicidade da sua apresentação, tipo de indicador em saúde – estrutura, processo ou resultado, o nível hierárquico a que corresponde – serviço, hospital, região, nacional, e para qual nível de gestão servirá este indicador de fonte de informação.

Na fase seguinte deste trabalho de projecto discutiu-se a necessidade de **agrupar os indicadores** em sistemas de informação.

Para tal estudaram-se dois dos principais e mais conhecidos sistemas de agrupamento de indicadores – o Tableau de Bord, ou Painel de Controlo de Gestão e o Balanced Scorecard.

Relativamente ao Painel de Controlo de Gestão retiraram-se duas condições de substancial importância para este sistema que se entende como sendo adaptáveis a outros modelos.

Primeiro a afirmação de que é necessário que o painel de controlo de gestão de um sistema de saúde seja composto por vários painéis de controlo de gestão, tantos quantos as suas subdivisões ou áreas de responsabilidade. Em segundo, que o painel de controlo de gestão afirma-se como sendo um mecanismo de rede que é composto por uma quantidade de outros documentos de suporte à decisão em níveis hierárquicos inferiores. Ambas estas condições iram ser utilizadas nos modelos criados pelo autor.

No que se refere ao BSC retiraram-se quatro grandes vantagens deste sistema.

Primeiro, ser um único documento o que permite uma melhor visão de toda a organização; segundo, os detalhes não devem estar visíveis mas devem ser acessíveis através do documento único, de acesso informático ou automático; terceiro, o BSC, ao agrupar os indicadores em quatro áreas com visões diferentes, (externas e internas) dá a perspectiva de cada uma delas sobre o desempenho da organização; em quarto e último, os indicadores de desempenho apresentados devem ter em conta a visão e a estratégia da organização, hospital ou serviço, ao invés, de se utilizar os

indicadores já disponíveis, reorganizando os dados para que apresentem novos indicadores.

Através de uma análise SWOT, muito comum neste tipo de comparação entre modelos, retiraram-se os pontos fortes de ambos os sistemas.

Do sistema de painel de controlo de gestão os pontos fortes são: é um modelo estudado há mais de 40 anos, ter uma forte vocação operacional, a capacidade para monitoriza aspectos técnicos da produção e permitir definir metas e objectivos de forma clara, bem como as suas oportunidades enquanto sistema, pode conseguir medir o desempenho das organizações de forma satisfatória, apresentar, hoje em dia, informação não-financeira, crucial as organizações de saúde, poder desenvolver-se de acordo com as necessidades da empresa e não necessitar de componente tecnológica associada, uma simples folha de calculo é mais do que suficiente.

E de forma idêntica para o Balanced Scorecard efectuou-se o mesmo raciocínio, filtrando-se os pontos fortes do modelo: permitir ter várias visões de uma organização; vários ângulos de visão interna e externa; permitir que essa visão seja equilibrada, sem sobreposição de uma área sobre as outras, novamente essencial em organizações de saúde; permitir ligar a um sistema de compensações financeiras aos gestores de qualquer nível o que está em consonância com os novos sistemas de *P4P*; estar fortemente ligado a uma estratégia definida para o sistema, ou para a instituição. Apresenta, ainda as seguintes oportunidades de evolução de forma a medir o desempenho das organizações na sua totalidade: apresentar informação não-financeira, dando-lhe relevância idêntica à financeira; criar a noção de Factores Chave de Sucesso; criar competências nos gestores para medir algo diferente dos dados financeiros.

A partir desta análise criaram-se **quarto modelos para agrupar os dados de gestão**, reconhecer factores críticos e sucesso e indicadores chave de monitorização da actividade.

O **primeiro modelo** é desenvolvido para o topo do sistema e tem por base um estudo efectuado pela OCDE para os países pertencentes a esta organização, da qual Portugal faz parte.

O sistema analisa duas forças em tentativa de equilíbrio, a equidade e a eficiência. Este modelo avalia o desempenho do sistema de saúde através de necessidades em saúde que explicita como sendo, manter saudável, melhorar de um problema de saúde, viver com a doença e a incapacidade e sistema de cuidados paliativos ou de fim de vida. Estas forças encontram-se em contraponto com as forças relativas ao sistema de saúde que são: Qualidade nas vertentes efectividade, segurança e foco no doente; Acesso e Custo.

O **segundo modelo** incorpora as visões, interna e externa, a definir para as regiões de saúde.

É um modelo onde existe, primeiro, uma visão externa dos *stakeholders*, do orçamento, das políticas ditadas para a totalidade do sistema de saúde pelos órgãos centrais, e ainda, e em segundo lugar, a visão dos cidadãos da região, dos órgãos locais, da demografia, ou seja, daqueles que influenciam localmente a política da região de saúde.

Na parte relativa à visão interna temos a política da região relativa aos hospitais, centros de saúde e demais operadores do sistema de saúde da região, isto é, aqueles sobre os quais a região de saúde pode ter uma palavra a dizer sobre a forma como devem actuar, e mais, as universidades, centros de pesquisa e desenvolvimento, entre outros com os quais a região de saúde pode e deve encontrar formas de criar sinergias regionais ou intentar *clusters* na saúde.

O **terceiro modelo** proposto representa a visão para os hospitais ou para os agrupamentos de centros de saúde, e apresenta a visão de duas forças em oposição. Primeiro as externas à organização e que são os limites à produção e o próprio orçamento das instituições que advêm da forma como se financiam os hospitais, representada como um vector com força descendente. E em segundo, as imposições dos utentes dos agrupamentos de centros de saúde ou hospitais, bem como, das organizações locais de cariz político-social, que se representam por um vector ascendente.

Os dois motores internos das organizações deste patamar do sistema de saúde são representados pela melhoria da prática clínica e pela excelência dos cuidados prestados em áreas específicas das ciências da saúde.

A estas quatro vertentes soma-se uma outra, eminentemente operacional, com dados sobre a produção hospitalar, qualidade, recursos despendidos e ganhos efectuados (n.º de consultas, infecções nosoconiais, custos com pessoal, etc.).

O **quarto, e último modelo**, é dedicado aos serviços médicos e centros de saúde e implica uma visão muito operacional da gestão na qual se inclui um módulo dedicado aos incentivos. A visão será muito próxima da vertente operacional do nível superior com uma análise da produção, da qualidade, dos recursos e dos ganhos em comparação com o ano anterior e o previsto para o ano em curso.

Criou-se a partir daqui um arquétipo de **experimentação para os modelos descritos** com base em inquéritos separados para os quatro tipos de modelos existentes de forma a saber se os dados existentes nas organizações de saúde são suficientes para criar estes modelos de agrupamento.

Relativamente à **fiabilidade dos dados** propôs-se a criação de dois níveis de auditoria à produção hospitalar, ou melhor, à produção do sistema de saúde. Uma auditoria na região de saúde, efectuada por amostragem aleatória dos DRG codificados em todos os hospitais. Outra auditoria, nacional, com duas amostras distintas, uma igual à auditoria da região de saúde e uma outra retirada da produção das unidades de saúde.

Além deste sistema, e de forma a prever qual a fiabilidade das organizações, propôs-se, ainda, um modelo de inquérito com vista a descortinar a possibilidade dos intervenientes em: efectuar selecções adversas dos pacientes; jogar o jogo dos incentivos e não focar a atenção no paciente; existirem percepções opostas entre o doente e o médico e o aumento da prática de actos desnecessários e dos custos com a saúde associados.

Optou-se, sempre que possível, por tentar introduzir o tema do ajustamento pelo risco neste último inquérito, de forma a melhor aferir as necessidades concretas dos utentes.

Sem nunca esquecer que se trata de um trabalho de projecto e que muito possivelmente todos os modelos, sem excepção, teriam de ser melhorados, a

informação existente nos diversos organismos do sistema provavelmente não será suficiente para criar os modelos propostos. Ao contrário do que acontece noutros países estudados (Reino Unido, Dinamarca e Holanda) não existe nenhuma obrigação estruturada de informação de gestão apenas para a saúde, a nenhum órgão central do sistema de saúde, com excepção claro, dos dados exigidos pelos contratos programa.

Em Portugal existem dados e indicadores a serem criados na DGS no âmbito da qualidade em saúde e de um sistema de acreditação próprio, por força da alteração à sua estrutura orgânica efectuada pelo Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio que veio a alteração estrutural consagrada no Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro.

Existe também necessidade de enviar informação para Agência da Contratualização e para a própria ACSS (através da base de dados nacional dos GDH/DRG), por força dos já referidos contratos-programa, portanto do próprio modelo de financiamento.

Há ainda um novo projecto da ERS cujos indicadores em saúde saíram da *Joint Commission* e que versam, nesta fase introdutória, a área da ortopedia. Os primeiros resultados deverão estar prontos em Dezembro de 2009, após revisão e adequação dos mesmos.

Propõem-se assim uma discussão académica e prática sobre a vantagem de existir um modelo de indicadores de desempenho alargado que dê uma visão integrada e de cada patamar do sistema de saúde. O sistema proposto, e após validação científica, poderia dotar os gestores de indicadores suficientes para gerir a parte do sistema que lhes é atribuído. Mais se pode afirmar que, mantendo uma coerência dos dados desde a base até ao topo, e garantindo a fiabilidade dos mesmos (cada modelo depende do anterior para a sua visão interna) seria possível auditar todo o sistema de saúde português, rastreando os dados até à origem.

Bibliografia

ACSS.– Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização; Sistema De Classificação De Doentes Em Grupos De Diagnósticos Homogéneos (GDH); [em linha]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P; 2006; disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt>

ARAH, Onyebuchi A et al.; A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project; [em linha]; International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 5–13: disponível em: http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/suppl_1/5

ASBROEK, A. H. A. Ten et al.; Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system; [em linha]; International Journal for Quality in Health Care 2004; Volume 16, Supplement 1: pp. i65–i71; disponível em: http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/suppl_1/i65.pdf

BARRAGATO, Charles A.; Linking For-Profit and Nonprofit Executive Compensation: a Salary Composition and Incentive Structure in U.S. Hospital Industry; [em linha]; Springer Netherlands, 2002; Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations; Vol. 13; pág. [301-311], disponível em: <http://www.springer.com>

BARROS P, ALMEIDA Simões J.; Portugal: Health system review. Health Systems in Transition; Copenhaga; Organização Mundial de Saúde; 2007; ISSN 1817-6127

BESSIRE, Dominique; BAKER, C. Richard; The French *Tableau de bord* and the American Balanced Scorecard: a critical analysis; [em linha]; Critical Perspectives on Accounting 16 (2005) 645–664; disponível em: <http://www.sciencedirect.com>

BITTAR, Olimpio; Indicadores de qualidade e quantidade em saúde; 2001; Revista de Administração em Saúde; Vol.3; pág [21-28]

CARTER, Grace M., NEWHOUSE, Joseph P., RELLES, Daniel A. Has DRG Creep Crept Up? Decomposing the Case Mix Index Change Between 1987 and 1988, [em linha], RAND, Santa Monica, 1991, ISBN 0-833-1195-2, disponível em: <http://www.rand.org>

CLEVERLY, William O.; Financial Dashboard Reporting for the Hospital Industry; [em linha]; Aspen Publishers; 2001; Journal of Health Care Finance; Vol. 27; pág [30-40]; disponível em: <http://www.aspenpublishers.com/>

COSTA, Carlos; Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização; Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático: 5, 2005; pp. 7-38

COSTA, Carlos; COSTA Fernando Leal; LOPES, Silvia, Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) Em Portugal Continental 2006, Escola Nacional de Saúde Pública, [em linha] 2007; disponível em: <http://www.ensp.unl.pt>

DAVIES, Huw T O; NUTLEY, Sandra M; MANNION Russell; Organisational culture and quality of health care; [em linha]; British Medical Journal; 1998, British Medical Journal, Vol. 317; pág. [1267-1268]: disponível em: <http://www.bmj.com>

DELOITTE, Deloitte Center For Health Solutions; Paying for Performance A Call for Quality Health Care, Deloitte, [em linha] Washington D.C., 2006; disponível em: <http://www.deloitte.com>

DONABEDIAN, Avedis; Evaluating the Quality of Medical Care; [em linha]; Blackwell Publishing, 2005; The Milbank Quarterly, Vol. 83; pág. [691–729]; disponível em: <http://www.milbank.org/>

DONABEDIAN, Avedis; Explorations in quality assessment and monitoring; Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980-1982-1985; Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment; ISBN 0-914904-48-5

EPSTEIN, Marc; MANZONI, Jean-François; Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Board to Balanced Scorecards; European Management Journal; Vol. 16 No. 2 pp. 190-203.

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA; Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality; Inpatient Quality Indicators: Technical Specifications; [em linha]; 2002; disponível em: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

GREENFIELD, David, BRAITHWAITE Jeffrey; Health sector accreditation research: a systematic review; [em linha]; Oxford University Press; 2008; International Journal for Quality in Health Care ;Vol. 20; pág [172–183] disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/>

GIUFFRIDA, Antonio; GRAVELLE, Hugh; ROLAND, Martin; Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes; [em linha]; BMJ 1999; 319; 94-98; disponível em: <http://bmj.com/cgi/content/full/319/7202/94>

HICKS, Herbert G., GULLETT, C. Ray; Management International Edition, 4ª Edição McGraw-Hill; Nova Iorque, 1981, ISBN 0-07-Y66328-9

HOLANDA, The Dutch Health Care Inspectorate, Basic Set of Hospital Performance Indicators 2004, [em linha]; Haia, 2005, disponível em: <http://www.prestatie-indicatoren.nl>

INANDAR, Noorein; KAPLAN, Robert S.; BOWER, Marvin; Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations; [em linha] Journal of Healthcare Management 47:3, May/June 2002 pp. 179-195; disponível em: <http://www.ache.org/pubs/jhmsub.cfm>

JENCKS, Stephen F.; Quality of Medical Care Delivered to Medicare Beneficiaries: A Profile at State and National Levels; [em linha] JAMA. 2000; 284(13):1719.; disponível em: <http://www.jama.com>

JHA, Ashish K. et al.; Care in U.S. Hospitals – The Hospital Quality Alliance Program; [em linha]; Boston; Massachusetts Medical Society; 2005; New England Journal of Medicine; Vol. 353; pág. [265-274]; disponível em: <http://www.nejm.org>

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P.; Linking the Balanced Scorecard to Strategy; [em linha]; Harvard Business School Press, Harvard, 1996, California Management Review, Vol. 39: pág [53-79]

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P.; Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System; [em linha]; Harvard Business Review, January-February 1996 pp. [1-13]; disponível em: <http://portal.sfusd.edu/data/strategicplan/Harvard%20Business%20Review%20article%20BSC.pdf>

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P.; Mapas Estratégicos: Convertendo Ativos Intangíveis em Resultados Tangíveis; Elsevier, Rio de Janeiro, 2004, ISBN 85-352-1269-X

KITCHENHAM, Barbara A.; PFLEEGER, Shad Lawrence; Principles of Survey Research Part 2: Designing a Survey; Software Engineering Notes; Vol. 27 no. 1, 2002; pp. 18-20; disponível em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?id=566493.566495>

KITCHENHAM, Barbara A.; PFLEEGER, Shad Lawrence; Principles of Survey Research Part 3: Constructing a Survey Instrument; Software Engineering Notes; Vol. 27 no. 2, 2002 pp. 20-24; disponível em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?doid=511152.511155>

KITCHENHAM, Barbara A.; PFLEEGER, Shad Lawrence; Principles of Survey Research Part 4: Questionnaire Evaluation; Software Engineering Notes; Vol. 27 no.3, 2002; pp. 20-23; disponível em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?doid=511152.511155>

KITCHENHAM, Barbara A.; PFLEEGER, Shad Lawrence; Principles of Survey Research Part 5: Populations and Samples; Software Engineering Notes; Vol. 27 no. 5, 2002 pp. 17-20; disponível em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?doid=638574.638580>

KITCHENHAM, Barbara A.; PFLEEGER, Shad Lawrence; Principles of Survey Research Part 6: Data Analysis; Software Engineering Notes; Vol. 28 no.2, 2003 pp. 24-27; disponível em: <http://portal.acm.org/citation.cfm?id=638750.638757>

KROSNICK, Jon A.; Survey Research; [em linha]; Annu. Rev. Psychol. 1999. 50:537–67; disponível em: <http://communication.stanford.edu/>

LAMBERT, Richard A.; LARCKER, David F.; The prospective payment system, hospital efficiency, and compensation contracts for senior-level hospital administrators; Journal of Accounting and Public Policy, Vol. 14; pp. [1-31].

MAYS, Glen P. et al.; Institutional and Economic Determinants of Public Health System Performance; [em linha] American Journal of Public Health; 2006;96:523–531; disponível em: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/AJPH.2005.064253v1>

MCCOLL, Alistair et al.; Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach; [em linha]; BMJ 1998; 317; 1354-1360 disponível em: <http://bmj.com/cgi/content/full/317/7169/1354>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying the Concepts and Defining the Main Dimensions; [em linha] Copenhaga; WHO – Regional Office for Europe; 2003; disponível em: <http://www.euro.who.int>

OCDE, Health Canada; Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries; 2002; OCDE; ISBN 9789264196766

PETERSEN, Laura H et al.; Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?; [em linha]; 2006; Annals of Internal Medicine, Vol. 145, pág [265-272], disponível em <http://www.ajph.org/cgi/reprint/AJPH.2005.064253v1>

PINK, George H. et al.; Selection of Key Financial Indicators: A Literature, Panel and Survey Approach; [em linha]: Healthcare Quarterly, Vol. 10n0 1 pp. [87-98]; disponível em: <http://www.longwoods.com/product.php?productid=18662&cat=466&page=1>

PINTO, Francisco; Balanced Scorecard – Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos, Edições Sílabo, Lisboa, 2007, ISBN: 978-972-618-459-1

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde; Centros de Saúde e Hospitais Recursos e Produção do SNS 2007; [em linha]; Lisboa, 2007; ISSN 1645-8893; disponível em: <http://www.dgs.pt>

REDDY, Madhuri; GILL, Sudeep S.; ROCHON, Paula A.; Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review; [em linha] JAMA. 2006;296(8): 974-984 disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/8/974>

REINO UNIDO, The Health Care Commission, Performance Indicators for the performance ratings 2004/2005, [em linha]; Newcastle upon Tyne; 2005, disponível em: <http://www.cqc.org.uk>

REINO UNIDO, Public Health Development Unit, Quality and Performance in the NHS: Clinical Indicators, [em linha]; Leeds, 1999, disponível em: <http://www.nhs.uk>

REIS, Vasco Pinto dos; Gestão em Saúde: Um Espaço de Diferença; Escola Nacional de Saúde Pública; Lisboa, 2007, ISBN 978-972-98811-7-6.

ROBERGE, Roger BERTHELOT, Jean-Marie WOLFSON, Michael; The Health Utility Index: Measuring Health Differences in Ontario by Socioeconomic Status; [em linha] Health Reports 1995, Vol. 7, No. 2, Statistics Canada, Cat. No. 82-003 pp. 25-32; disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/82-003/archive/1995/5018889-eng.pdf>

ROBINE, Jean-Marie et al.; Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe The Euro-REVES 2 project; [em linha]; European Journal of Public Health 2003; 13 (3 Supplement): 6–14; disponível em: http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/suppl_1/6.pdf

ROSHENTHAL, Meredith B. et al; Paying For Quality: Providers' Incentives for Quality Improvement; [em linha] 2004; Health Affairs, Vol.23,; pág. [127-141]; disponível em: <http://content.healthaffairs.org>

ROSHENTHAL, Meredith B. et al.; Early Experience With Pay-for-Performance, From Concept to Practice; [em linha]; JAMA. 2005;294(14):1788-1793; disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/294/14/1788>

ROWE, John W; Pay-for-Performance and Accountability: Related Themes in Improving Health Care; [em linha]; Ann Intern Med. 2006; 145: 695-699 disponível em: <http://www.annals.org/cgi/content/full/145/9/695>

RUSSO, João; Balanced Scorecard versus Tableau de Bord; TOC, Maio 2005; Ano VI; 61-63.

RÜTER, Anders; NILSSON, Heléne; VILKSTRÖM, Tore, Performance Indicators as Quality Control for Testing and Evaluating Hospital Management Groups: A Pilot Study; [em linha]; Prehospital Disaster Medicine; Vol. 21(A), 2006 pp. [423-426]; disponível em: <http://pdm.medicine.wisc.edu/21-6%20PDFs/ruter.pdf>

SAMULESON, Paul A., NORDHAUS, William D.; Economia, 12ª Edição, McGraw-Hill Portugal; Lisboa, 1991,ISBN 84-7615-273-6

SITZIA, John; How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies; [em linha]; International Journal for Quality in Health Care 1999; Volume 11, Number 4: pp. 319–328; disponível em:

<http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/4/319>

SNYDER, Lois; NEUBAUER, Richard L.; Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centered Care: An Ethics Manifesto [em linha]; Ann Intern Med. 2007; 147:792-794. disponível em <http://www.annals.org/cgi/reprint/147/11/792.pdf>

VALLEJO, Paula et al.; A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework; [em linha]; International Journal for Quality in Health Care 2006; Volume 18, Number 5: pp. 327–335 disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/5/327>

VEILLARD, J.; A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project; [em linha]; International Journal for Quality in Health Care 2005; Volume 17, Number 6: pp. 487–496; disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/17/6/487.pdf>

WILLIAMS, Scott C. et al.; Quality of Care in US Hospitals as Reflected by Standardized Measure 200-2004; [em linha]; N Engl J Med 2005;353:255-64; disponível em: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/353/3/255.pdf>

ZELLER, John L.; LYNN, Cassio; GLASS, Richard M.; Pressure Ulcers; [em linha]; JAMA. 2006; 296(8):1020; disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/8/1020>