



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Contributo dos Gabinetes de Apoio à Gestão na Tomada de Decisão em Unidades Integradas de Cuidados de Saúde**

**Sara Sofia dos Santos Gaspar**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Mário Franco

**Covilhã, Outubro de 2011**



# Agradecimentos

A realização deste trabalho, apesar do seu carácter individual, só foi possível por contar com o contributo e apoio de algumas pessoas e entidades, assim como aos elementos participantes neste estudo.

A todos eles quero exprimir o meu Muito Obrigado, não podendo deixar de enunciar o meu agradecimento particular:

Ao Professor Doutor Mário Franco pela partilha do seu conhecimento, apoio, conselhos, disponibilidade e compreensão que sempre manifestou.

À Professora Doutora Sandra Jardim, pela sua sabedoria, objectividade e constante motivação, assim como os conselhos dados para a concretização deste trabalho.

Aos meus pais, irmã e sogros pelo apoio sempre presente.

Aos meus amigos, em particular à Paula por poder contar sempre com a sua ajuda.

Em especial ao meu filho e ao meu marido por me darem a razão para todo este trabalho.



# Resumo

As novas opções estratégicas na gestão de organizações de saúde são baseadas na inovação, na qualidade da gestão, na qualidade dos serviços e na satisfação do cidadão enquanto utente e/ou trabalhador, apresentando por base uma análise quantitativa da produção e da produtividade dos serviços, ou seja, a avaliação de desempenho.

É neste âmbito que os Gabinetes de Apoio à Gestão se apresentam fundamentais no processo de tomada de decisão estratégica e operacional no seio das unidades de saúde, oferecendo como competência principal a elaboração dos instrumentos de gestão de forma a garantir compatibilidade com os objectivos estratégicos destas organizações.

É no sentido de auxílio no processo de tomada de decisão que os sistemas de informação apresentam um papel fundamental, oferecendo informações nas áreas de planeamento estratégico, controlo tático ou de gestão e controlo operacional para os seus utilizadores.

Na presente investigação pretendeu-se (1) perceber qual o papel dos Gabinetes de Apoio à Gestão nas Unidades Integradas de Cuidados de Saúde ao nível do processo do planeamento, assim como da sua capacidade de desempenho, (2) compreender a importância da informação fornecida por estes gabinetes para o processo de tomada de decisão, avaliando ao mesmo tempo a utilidade e o impacto dos Sistemas de Apoio à Decisão como ferramenta a utilizar por estes gabinetes e (3) avaliar as consequências no processo de tomada de decisão.

Para alcançar estes objectivos, foi adoptada uma abordagem qualitativa, através da análise interpretativa da informação recorrendo-se ao método Delphi. Como instrumento de recolha de dados optou-se pela entrevista a informantes-chave/participantes em seis casos (Gabinetes de Apoio à Gestão em Unidades de Saúde).

Como principal resultado deste estudo foi exaltado como extremamente importante o papel dos Gabinetes de Apoio à Gestão nas Unidades de Saúde ao nível do processo de decisão, quer ao nível estratégico, quanto operacional, devido à informação relevante que estes fornecem. Por outro lado, a disponibilização de Sistemas de Apoio à Decisão foi percebida como fundamental ao trabalho desenvolvido por estes gabinetes, reconhecendo-se que as ferramentas disponibilizadas actualmente não se traduzem nas mais ajustadas.

## Palavras-chave

Gestão, Informação, Sistemas de Informação, Tomada de Decisão, Unidades de Saúde



# ***Abstract***

The new strategic options in the management of health organizations are based on innovation, quality management, service quality and satisfaction of the citizen as user and/or employee. These options represent a quantitative analysis on production and productivity of services that means the performance evaluation of the user.

It is in this context that the Management Support Offices (*Gabinetes de Apoio à Gestão*) present themselves as fundamental in the process of strategic and operational decision making within the health units. They provide as main expertise the development of management tools, ensuring compatibility with these organisations strategic objectives.

It is in the sense of helping in the process of decision making that information systems have a fundamental role in providing information in the areas such as strategic arrangement, tactical control or management and operational control for its users.

My aim in this study is to understand (1) which is the role of Support Offices in Integrated Health Care Facilities Management (*Gabinetes de Apoio à Gestão nas Unidades Integradas de Cuidados de Saúde*) at the level of the arrangement process and its performance capability. I'm also interested in (2) understand the importance of information provided by these offices for the decision making process evaluating both the convenience and impact of Decision Support Systems (*Sistemas de Apoio à Decisão*) as tools to be used in these offices, and (3) the consequences in the decision making process.

The methodology used in this research was a qualitative approach. Data was collected through an interview and interpretative data analysis. Delphi method was the approach employed in a series of six key-informant interviews, which of them belonging to different Support Offices in Health Facilities Management (*Gabinetes de Apoio à Gestão em Unidades de Saúde*).

We can conclude from the present study, in one hand, the extremely importance of Support Offices in Health Facilities Management concerning relevant information in strategic and operational decision making process. On the other hand, availability of Decision Support Systems (*Sistemas de Apoio à Decisão*) is fundamental for good enactment of the offices, although we can observe the tools currently available are not the best adjusted.

## **Keywords**

Management, Information, Information Systems, Decision Making Process, Health Units



# Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	v
<i>Abstract</i> .....	vii
Índice .....	ix
Índice de Figuras .....	xi
Índice de Tabelas .....	xi
Lista de Acrónimos .....	xiii
1 Introdução .....	1
1.1 Motivação, Justificação e Importância do Tema.....	1
1.2 Objectivos e Questão de Investigação .....	4
1.3 Estrutura da Dissertação .....	4
2 Fundamentação Teórica .....	7
2.1 Sistema de Saúde .....	7
2.1.1 Sistema de Saúde em Portugal .....	7
2.2 Forças que afectam o Sistema de Saúde .....	8
2.3 Organizações de Saúde .....	9
2.4 Modelo Empresarial - Nova Gestão Pública .....	11
2.4.1 Desenvolvimento do Modelo Empresarial em Portugal .....	11
2.4.2 Gestão das organizações de saúde .....	12
2.5 Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde .....	13
2.5.1 Avaliação da produção e do desempenho nas Unidades de Saúde .....	13
3 O Processo de Decisão .....	15
3.1 Decisão e Decisores .....	15
3.2 Processo de Decisão .....	16

3.3	Factores que afectam o Processo de Decisão .....	17
3.4	Processo de Decisão nas Unidades de Cuidados de Saúde .....	18
4	Gabinete de Apoio à Gestão nas Unidades de Saúde .....	21
4.1	Caracterização e Funções .....	21
5	Sistemas de Apoio à Gestão .....	23
5.1	Papel no Processo de Tomada de Decisão .....	23
5.2	Conceito de SAD .....	24
5.3	História e Evolução dos SAD.....	25
6	Metodologia da Investigação .....	29
6.1	Tipo de Estudo .....	29
6.2	Método Delphi - Justificação da Opção .....	30
6.3	Seleção dos Casos .....	31
6.4	Informantes/Participantes no Estudo .....	32
6.5	Instrumento de Recolha de Dados .....	33
6.6	Análise e Interpretação dos Dados .....	34
7	Resultados e Discussão .....	37
7.1	Caracterização dos Participantes .....	37
7.2	Análise Interpretativa da Informação .....	39
7.2.1	Caracterização dos GAG seleccionados .....	40
7.2.2	Informação e Tomada de Decisão.....	47
7.2.3	Sistemas de Informação de Apoio à Decisão .....	51
8	Conclusões e Implicações .....	55
	<b>Bibliografia .....</b>	<b>59</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>65</b>

# Índice de Figuras

Figura 1 - Exemplo Modelo Organizacional Unidade de Saúde, EPE .....	21
--	----

# Índice de Tabelas

Tabela 1 - Factores que afectam a decisão .....	18
Tabela 2 - Critérios de Selecção GAG .....	32
Tabela 3 - Caracterização dos Participantes.....	38
Tabela 4 - Caracterização dos GAG.....	41
Tabela 5 - Principais Competências do GAG .....	44



# Lista de Acrónimos

<b>ACeS</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>ADW</b>	Alert Data Warehouse
<b>BI</b>	Business Intelligence
<b>BSC</b>	Balanced Scorecard
<b>CPC HS</b>	Companhia Portuguesa de Computadores Healthcare Solutions
<b>DSS</b>	Decision Support System
<b>EDP</b>	Electronic Data Processing
<b>EIS</b>	Executive Information Systems (Sistemas de Informação Executivos)
<b>EPE</b>	Entidade Pública Empresarial
<b>ERS</b>	Entidade Reguladora da Saúde
<b>GAG</b>	Gabinete de Apoio à Gestão
<b>GDH</b>	Grupo Diagnóstico Homogéneo
<b>GIAF</b>	Gestão Integrada Administrativa e Financeira
<b>MIS</b>	Management Information Systems
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
<b>SAD</b>	Sistemas de Apoio à Decisão
<b>SAM</b>	Sistema de Apoio Médico
<b>SADG</b>	Sistemas de Apoio à Decisão a Grupos
<b>SAPE</b>	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
<b>SI</b>	Sistemas de Informação
<b>SIAD</b>	Sistemas Inteligentes de Apoio à Decisão

<b>SIARS</b>	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
<b>SICA</b>	Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento
<b>SIDC</b>	Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade
<b>SIGLIC</b>	Sistema Integrado de Gestão de Lista de Inscritos para Cirurgia
<b>SINUS</b>	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
<b>SGTD</b>	Sistema de Gestão de Transporte de Doentes
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SONHO</b>	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
<b>UAG</b>	Unidade de Apoio à Gestão
<b>TI</b>	Tecnologias da Informação
<b>ULS</b>	Unidade Local de Saúde
<b>WEB</b>	World Wide Web (Internet - Rede de Alcance Mundial)





# 1 Introdução

Entende-se por Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde as entidades que desenvolvem a promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. A inovação no sector da saúde tem assumido cada vez mais importância, fundamentalmente pelo facto de estar geralmente relacionada com melhorias concretas para a saúde das populações. Esta inovação em serviços de saúde centra-se em importantes rupturas na arte de comunicar e gerir a informação e o conhecimento, aproveitando o potencial inovador das tecnologias de informação (Sakellarides, 2006).

As organizações, neste caso particular, as Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde, apresentam cada vez mais a necessidade de garantir um processo de tomada de decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado, só conseguido através da interligação automatizada de toda a actividade desenvolvida, traduzida em dados e informação, com recurso a tecnologias de informação que possibilitem coligir, tratar e analisar dados e informação (Santana e Costa, 2008).

A complexidade da actividade organizacional dificulta a tomada de decisões e estas podem ser suportadas em informação tratada pelos Gabinetes de Apoio à Gestão. Estes gabinetes são criados com a missão de concentração dos serviços não assistenciais das Unidades de Saúde e, como refere Carvalho (2008), hoje ao gestor na saúde não são feitas exigências substancialmente diferentes da generalidade corporativista.

Neste sentido a existência de Sistemas de Apoio à Decisão são considerados de elevada importância para aqueles cujas actividades dependem directamente do acesso a grandes quantidades de informação pois permitem, não só o acesso a informação útil e de qualidade, como também uma considerável redução do tempo necessário para o mesmo, o que se traduz numa melhoria do desempenho da actividade.

## 1.1 Motivação, Justificação e Importância do Tema

Num contexto de crescente complexidade global dos circuitos relacionais, de informação e de comportamento, enfrentam-se transformações cada vez mais céleres e imprevisíveis. Estas transformações originam uma mudança constante que, por sua vez, promove novos problemas, colocando novos desafios às organizações.

Os gestores em todo o mundo devem tomar decisões que afectam significativamente as suas organizações (Martinsons e Davison, 2007). Contudo, as diferenças na socialização dos gestores e os ambientes organizacionais que eles enfrentam podem afectar, quer os processos de tomada de decisão, quer as escolhas que eles fazem. Como referem Rowe e Boulgarides (1994) têm sido reconhecidas várias diferentes abordagens para o processo de tomada de decisão nas organizações.

A tomada de decisão é uma actividade fundamental para os gestores (Martinsons e Davison, 2007); todavia, a rápida e permanente evolução das actividades dos gestores, bem como a complexidade da actividade organizacional, dificultam a tomada de decisão. Com estas tendências torna-se difícil depender apenas de estilos de gestão e abordagens “artísticas”. Deste modo os gestores acabam por ser obrigados a uma maior sofisticação, aprendendo a utilizar novas metodologias e técnicas desenvolvidas para as suas áreas específicas.

A nível organizacional a tomada de decisão foi encarada, durante décadas, como uma “arte”, um talento inato conferido aos gestores à nascença ou adquirido através de um longo período de experiência. Nesta perspectiva os erros associados à tomada de decisão eram tidos como naturais, fazendo parte do processo. As actividades de gestão eram consideradas quase como uma “manifestação artística” pois uma grande variedade de estilos pessoais podia ser utilizada na abordagem e tratamento do mesmo tipo de problemas práticos de gestão. Estes estilos são, na sua maior parte, baseados em criatividade, intuição, pareceres e experiência, desprezando métodos sistemáticos baseados em abordagens científicas.

Actualmente a envolvente em que os gestores desenvolvem a sua actividade profissional caracteriza-se por rápidas e avultadas evoluções. A actividade organizacional e o ambiente em que esta se desenvolve é hoje mais complexa que nunca e a tendência é para o aumento dessa complexidade. Nestas situações torna-se mais difícil tomar decisões, estando esta dificuldade associada principalmente: (1) a um maior número de alternativas disponíveis, de entre as quais é possível optar/decidir e (2) o custo de cometer erros pode ser muito elevado, dada a complexidade e magnitude das operações e a reacção em cadeia que um erro pode originar em muitos sectores da organização (consequências da propagação do erro). Neste seguimento torna-se diferente o nível de complexidade e velocidade das decisões a serem tomadas.

No caso das organizações de saúde o volume de dados e informações têm vindo a crescer de forma exponencial e isso, ao invés de facilitar o processo de tomada de decisão, muitas vezes torna-o um processo com maior nível de complexidade e incerteza associada. O processo de tomada de decisão depende de muitos factores, incluindo, segundo Rowe e Bougarides (1983) e Martinsons e Davison (2007), o contexto no qual uma decisão é produzida.

As organizações prestadoras de cuidados, enquanto pilares estruturantes dos sistemas de saúde, têm necessidade de uma eficaz gestão para garantir uma resposta flexível e com capacidade de adaptação à actual envolvente. Este problema é agudizado quando são estas organizações que detêm uma significativa afectação de recursos financeiros, num contexto global de escassez dos mesmos, exigindo-se, cada vez mais, um elevado nível de eficiência e efectividade na prestação de cuidados de saúde.

O gestor em qualquer tipo de organização, como no caso particular das unidades de saúde, não é uma peça isolada na sua estrutura, sendo sim parte integrante do sistema de influências que lhe está inerente. Para Citroen (2011) a informação no meio envolvente interno e externo da organização é um factor crucial no processo de tomada de decisão.

Neste sentido, segundo a Pew Commission (1998), as tecnologias de informação têm apresentado um desenvolvimento muito significativo nas últimas décadas e constituem um imperativo de suporte funcional, quer estratégico, quer operacional, das organizações prestadoras de cuidados de saúde. A sua aplicação ao sector da saúde poderá deter impacto ao nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimentos, permitindo melhores e mais rápidas decisões, uma melhor coordenação entre entidades e exigirá, também, mais formação e capacidade para tratar problemas relacionados com a confidencialidade da informação.

Neste contexto os Gabinetes de Apoio à Gestão (GAG) são geradores de informação, a qual é produto de um conjunto avultado de dados extraídos das bases de dados dos diferentes Sistemas de Informação. Os Sistemas de Informação utilizados estão ainda muito aquém das necessidades, existindo uma carência de apoio na melhoria e tratamento desta informação, originando uma necessidade de suporte técnico. De facto, boas ferramentas de suporte ao actual e moderno processo de decisão são imprescindíveis.

Todavia o papel da informação no processo de tomada de decisão tem recebido pouca atenção na área de investigação em gestão (Citroen, 2011). Assim, neste estudo pretende contribuir-se para o preenchimento desta lacuna, realçando o papel e o valor de recursos de informação provenientes de GAG como um pré-requisito para a qualidade e sucesso do processo de tomada de decisão em organizações de saúde.

Para conhecer como as pessoas tomam decisões é importante compreender como vários tipos de sistemas de informação podem apoiar a tomada de decisão humana. Assim, os Sistemas de Apoio à Gestão, desenvolvidos nos anos 70, têm sido adoptados amplamente e podem ser descritos “como um sistema de computador que ajuda a tomar decisões confrontando com problemas estruturais através de interacções directas com os dados e modelos de análise” (McNurlin, 2004).

## 1.2 Objectivos e Questão de Investigação

Com a implementação do modelo empresarial na maior parte das Unidades de Saúde os GAG evidenciam-se pela necessidade crescente de informação. Deste modo pretende-se com esta investigação alcançar os seguintes objectivos específicos:

- Identificar qual o papel dos Gabinetes de Apoio à Gestão nas Unidades Integradas de Cuidados de Saúde, ao nível do processo do planeamento e da capacidade de desempenho;
- Analisar se a informação fornecida pelos Gabinetes de Apoio à Gestão comporta um papel fundamental na tomada de decisão dentro das Unidades Integradas de Cuidados de Saúde;
- Avaliar a importância e o impacto dos Sistemas de Apoio à Decisão como ferramenta a utilizar pelos Gabinetes de Apoio à Gestão e as consequências no processo de tomada de decisão.

Mais precisamente, a questão que norteia este estudo é:

- “Qual o papel dos Gabinetes de Apoio à Gestão na tomada de decisão em Unidades Integradas de Saúde?”

## 1.3 Estrutura da Dissertação

A estrutura desta dissertação encontra-se dividida em oito pontos, como de seguida se apresenta:

No ponto 1 é apresentada uma breve introdução à dissertação e aos principais resultados deste trabalho.

O ponto 2, **Sistema de Saúde**, descreve de forma resumida o Sistema de Saúde Português e as forças que o afectam, fazendo ainda referência à estrutura e organização das Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde e respectivos métodos de avaliação da produção e desempenho.

O ponto 3 aborda fundamentalmente **O Processo de Decisão** e descreve, de forma resumida, os diferentes níveis de gestão, o processo de decisão em si e os factores que o afectam, particularizando o processo de decisão nas unidades de saúde.

O ponto 4 comporta as características e funções dos **Gabinetes de Apoio à Gestão**, desenvolvendo o enquadramento do tema, individualizando o seu papel no processo de tomada de decisão.

O ponto 5 desenvolve toda a temática referente aos **Sistemas de Apoio à Decisão**, fazendo uma breve abordagem à sua história e respectiva evolução.

No 6.º ponto é apresentado o **Tipo de Estudo** desenvolvido e os **Procedimentos Metodológicos** utilizados, como por exemplo, a população e amostra e o método de recolha e análise da informação.

No penúltimo ponto é feita a análise empírica da informação recolhida e, posteriormente, uma análise interpretativa da informação sintetizando os objectivos que se exige abordar com a investigação.

No final desta investigação pode ainda encontrar-se um último ponto que resume as principais conclusões que resultam do estudo efectuado, assim como as principais limitações detectadas no seu decorrer.



# 2 Fundamentação Teórica

## 2.1 Sistema de Saúde

Um sistema de saúde pode ser visto, segundo Gonçalves Ferreira, citado por Almeida (1999), como um *“conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a protecção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde”*.

Os sistemas de saúde encontram-se em fase de mudança em todo o mundo, provocada pela generalização do acesso aos serviços de toda a população que impõe pressões para que o sistema responda com qualidade e eficiência às necessidades de saúde que são, hoje, diferentes.

O aumento da esperança média de vida, com novas necessidades de saúde, as doenças provocadas pelos modernos estilos de vida, bem como a procura de soluções terapêuticas para velhas doenças, impõem aos sistemas de saúde uma exigência de maiores consumos, que se traduzem na necessidade da afectação de mais recursos humanos, físicos e financeiros.

Torna-se, por isso, necessário reinventar novos paradigmas na organização das estruturas de saúde para que, por um lado, respondam com prontidão e eficácia às exigências da sociedade e, por outro, maximizem os recursos alocados numa óptica de melhoria da eficiência, efectividade e acessibilidade.

### 2.1.1 Sistema de Saúde em Portugal

Portugal tem procurado imprimir novos modelos organizativos às estruturas de saúde, que apresentam como objectivo melhorar a capacidade de resposta do sistema de saúde, bem como pretendem otimizar a resposta dos serviços, através de uma gestão integrada das várias unidades de saúde de uma região.

Pode dizer-se que a evolução do sistema de saúde português teve lugar em três momentos distintos, antes e pós revolução do 25 de Abril de 1974 e, por último, desde a década de 1990 até aos dias de hoje.

Em 1971 é reconhecido o direito à saúde a todos os cidadãos e houve lugar à criação do Ministério da Saúde e de Assistência, através da nova reforma concretizada pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. Segundo Baganha, Ribeiro e Pires (2002) o Estado passa, assim, a ser responsável, tanto pela política da saúde, como pela sua orientação e execução, reestruturando os serviços centrais, regionais, distritais e locais. Desta forma o sistema de saúde português até 1974 era constituído essencialmente por Misericórdias que geriam a maior parte das instituições hospitalares, Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixa de Previdência e Hospitais estatais localizados nos grandes centros urbanos.

É a partir de 1974, e consagrado em 1979 pelo Decreto-Lei n.º 56/79, de 26 de Agosto, que Portugal passa a deter um Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado com o objectivo de ser universal, generalista e gratuito, mas esta constituição foi assente numa estrutura debilitada, quer financeiramente, quer ao nível dos modelos de gestão e organização, o que resultaria na dificuldade ao acesso e na baixa eficiência dos serviços públicos de saúde. Em 1982 foram criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS) em substituição das Administrações Distritais.

A partir de 1990 o sistema de saúde português passa a ser regulado por dois diplomas, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de Janeiro), sendo aqui dada a viragem decisiva. O Sistema de Saúde Português é assim definido por Nogueira da Rocha, citado por Almeida (1999), como *“um grande espaço de convergência e congregação de esforços”* constituído pelo SNS, abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde sob dependência do Ministério da Saúde, as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e todas as entidades privadas com acordos ao nível da prestação de cuidados com o SNS.

## **2.2 Forças que afectam o Sistema de Saúde**

Shortell e Kaluzny, citados por Kristina (2010), descrevem nove forças externas que apresentam impacto no sistema de prestação de cuidados de saúde: (1) incentivos financeiros como recompensa pelo bom desempenho; (2) maior responsabilização pelo desempenho; (3) avanços tecnológicos; (4) envelhecimento da população; (5) aumento da diversidade étnica e cultural; (6) mudanças na oferta e na educação dos profissionais de saúde; (7) morbilidade social; (8) tecnologias da informação e (9) a globalização. Cada uma destas forças apresenta notáveis implicações de gestão nas Unidades de Saúde através da avaliação da produção e do desempenho de cada uma delas.

Em primeira instância estas forças económicas, sociais e políticas têm sido responsáveis pela mudança de um sistema reactivo de cuidados agudos, para um outro que enfatiza o bem-estar da população, baseado no modelo de um *continuum* de cuidados bem coordenados com o objectivo de apoiar os indivíduos com doenças crónicas e melhorar a saúde dos grupos com estatutos especiais da população. Esta realidade representa uma evolução inevitável para a gestão mais eficiente e efectiva da interligação e coordenação dos elementos organizacionais (Leatt, Pink e Gurriere, 2000).

Nesta perspectiva salientam-se as iniciativas pragmáticas de reestruturação organizacional da oferta de cuidados, na qual se insere o movimento de integração de cuidados de saúde (Saltman e Figueras, 1998). Ao invés de cuidados prestados por profissionais autónomos o foco mudou para a assistência prestada pelas equipas de saúde no âmbito dos sistemas de saúde integrados. Assim, é fundamental a existência de um maior grau de integração entre os diferentes actores da estrutura de oferta de cuidados de saúde, de forma a permitir uma melhor gestão das doenças que provocam maiores limitações aos utentes e gastos evitáveis à sociedade (Hofmarcher, Oxley e Rusticelli, 2007).

## 2.3 Organizações de Saúde

A oferta de cuidados de saúde apresenta três diferentes níveis de prestação: primária, secundária e terciária.

Vuori (1983) definiu os cuidados de saúde primários como um nível de cuidados de primeiro nível, ou seja, é tido sobretudo como o primeiro contacto da população com os cuidados de saúde. A garantia da prestação de cuidados de saúde incide sobre as vertentes da promoção, prevenção e tratamento da doença.

Os cuidados primários de saúde são, assim, a base da organização do sistema de saúde e para isso devem articular-se com os outros níveis de cuidados, colocando o cidadão no centro do sistema.

Os cuidados secundários, prestados já em ambiente hospitalar e caracterizados por episódios de curta duração, segundo Santana e Costa (2008) caracterizam-se pelo conjunto de acções de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios com tecnologia diferenciada.

O nível dos cuidados terciários, também designados por Cuidados Continuados Integrados, utilizado para designar o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social,

decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A prestação de cuidados de saúde no sector público é assim assegurada por Centros de Saúde e Hospitais, visando ultrapassar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados.

O sector da saúde é reconhecidamente um dos sectores mais prenunciadores da nossa sociedade (Lucena, Gouveia e Barros, 1996). Os Hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal contribuem uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão (Jacobs, 1974; Evans, 1984). Assim, de uma organização quase totalmente voltada para os hospitais, passou a olhar-se para os centros de saúde como porta de entrada no sistema de saúde público (Biscaia *et al.*, 2008), observando-se nos últimos anos uma reorganização da estrutura de oferta de cuidados de saúde através de movimentos de integração, quer a nível horizontal, com a criação de Centros Hospitalares ou Agrupamentos de Centros de Saúde, quer a nível vertical, com o surgimento de Unidades Locais de Saúde.

Actualmente a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) apontam ser uma vantagem para o sistema de saúde regional, dado englobarem os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares próximos geograficamente, para um desenvolvimento em consonância e em prol dos utentes necessitados de cuidados de saúde (Ferreira, 2005).

A constituição das ULS apresenta vantagens diversas, em particular ao nível da estrutura orgânica, da função estratégica e da função executiva, uma vez que deverá permitir explorar complementaridades e economias de escala e adequar melhor os cuidados às reais necessidades dos utentes. Como consequência, a consolidação dos serviços de saúde sob a forma de Unidades Locais permitirá a elevação do nível de saúde da população residente pela obtenção de maiores ganhos em saúde, pela optimização de recursos e pelo aproveitamento de sinergias, aspectos em que se fundamenta a sua criação e caracteriza o resultado da integração (Ferreira, 2005; Portal da Saúde, 2011).

## 2.4 Modelo Empresarial - Nova Gestão Pública

De tipo racionalizado e com uma predeterminação total a todos os níveis, o modelo burocrático tradicional da Administração Pública, enquanto paradigma de organização denominado de burocracia, tem progressivamente deixado de constituir uma resposta à altura das exigências de eficiência e eficácia relativamente aos serviços prestados, não se identificando com as expectativas criadas pelos cidadãos dos dias de hoje, deixando de satisfazer as suas necessidades. Este modelo apresenta como características estruturantes a centralização do poder, a hierarquização das relações e a rígida determinação das funções e dos procedimentos.

Denota-se assim a necessidade de mudança, a qual assenta na evolução deste modelo para o modelo empresarial, caracterizado pela autonomia de gestão e responsabilidade dos serviços, a gestão por objectivos, a ênfase nos resultados, a avaliação do pessoal e dos serviços, a diferenciação pelo mérito, entre outros.

O modelo empresarial tem por objectivo preencher lacunas, comportando as características das organizações empresariais, mas ao mesmo tempo não ambicionando transformar-se numa cópia das mesmas. O sector da saúde é muito particular, apresentando normas muito complexas, quer na vertente da procura, quer na oferta de cuidados de saúde.

Como resposta a esta evolução países como o Reino Unido, Estados Unidos da América, Austrália e Nova Zelândia e, mais tarde, na Europa Continental e Canadá, foram introduzindo padrões empresariais na administração pública.

O modelo empresarial e as suas diferentes aplicações foram e estão a ser discutidas em praticamente todos os países.

### 2.4.1 Desenvolvimento do Modelo Empresarial em Portugal

Em Portugal este processo teve o seu início através da *Lei de Bases da Saúde*, de 1990, na adopção do modelo empresarial, permitindo exhibir práticas inovadoras de gestão, através da delegação de responsabilidades da tutela dos serviços centrais para órgãos desconcentrados. A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, conhecida como a *Lei da Gestão Hospitalar*, introduz mudanças na natureza dos hospitais públicos, que adquirem o estatuto de hospitais empresariais.

As reformas do sector público de saúde português têm sido concebidas e implementadas com base no idealismo da Nova Gestão Pública.

O crescimento elevado verificado com as despesas em Saúde nos últimos anos, apresentando um aumento significativo em relação aos países da OCDE, e o crescente desenvolvimento científico e tecnológico e o conseqüente aumento da oferta em cuidados, vem evidenciar a necessidade de implementação de uma reforma do Sistema de Saúde. Trata-se de um processo de empresarialização hospitalar e o surgimento de unidades integradas de saúde que permite, através dos governos, a instituição de políticas de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de melhorar o funcionamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde, através do aumento da eficiência e da eficácia dos serviços e do desenvolvimento de novos modelos de gestão, favorecendo a autonomia e responsabilização dos gestores, a quem cabe gerir com plena autonomia e responsabilização, sendo posteriormente avaliados pelos resultados obtidos.

Os principais pressupostos passam pelo controlo das despesas públicas, a adopção de técnicas e processos de gestão empresarial e a mudança de estatuto dos funcionários (Rouban e Ziller, citados por Silva, 2003).

#### 2.4.2 Gestão das organizações de saúde

Os gestores das unidades de prestação de cuidados de saúde têm um papel fundamental nestas organizações, sendo responsáveis pela constante adaptação às mudanças externas e internas, conflitos e tomada de decisão, os quais enfrentam os enormes desafios proporcionados, quer pela presente estrutura de oferta de cuidados de saúde, quer pelo rápido desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Assim como sucede com outras formas organizacionais, as unidades de prestação de cuidados de saúde verticalmente integradas têm a responsabilidade de obter e apresentar a sua performance global de forma regular (Suter, Hyman e Oelke, 2007).

A análise quantitativa da produção e da produtividade dos serviços, ou seja, a avaliação de desempenho, é o cerne das opções estratégicas em que assentam as políticas, as quais se baseiam na inovação, na qualidade da gestão, na qualidade dos serviços e na satisfação do cidadão enquanto utente e/ou trabalhador.

O processo de avaliação de desempenho desenvolvido para estas organizações não se apresenta de fácil aplicação. Diversos estudos (e.g., Jacobs, 1974; Donabedian, 1980) evidenciam a dificuldade em avaliar o desempenho das organizações de saúde, quer a nível nacional, quer a nível internacional, onde são de referir aspectos associados com a multiplicidade de perspectivas e de agentes, a existência de uma dupla linha de autoridade e a especificidade na garantia da qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, as

variações nos resultados em saúde são em regra um processo lento, pelo que a sua detecção e medição através do processo de avaliação de desempenho é uma etapa de difícil concretização (Suter *et al.*, 2007).

Em termos de gestão das organizações de saúde só após a determinação, explicitação e implementação de um modelo de avaliação do desempenho das mesmas se poderão criar mecanismos impulsionadores de uma maior responsabilização dos agentes internos, como os gestores e os profissionais prestadores, e, ao mesmo tempo, permitir a sua reprodutibilidade na actividade e na gestão de cada uma destas organizações.

Estas organizações dependem de uma equipa de gestão forte que contribua no desenvolvimento de estratégias para o sucesso da organização dentro do ambiente competitivo como se apresentam hoje em dia os cuidados de saúde.

## **2.5 Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde**

### **2.5.1 Avaliação da produção e do desempenho nas Unidades de Saúde**

A avaliação de desempenho é também um dos temas centrais da gestão de organizações de saúde (Curtright *et al.*, 2000). Segundo Carvalho (2008) trata-se de um processo continuado de monitorização e reporte de uma actividade ou projecto avaliado em função de objectivos prefixados e identificados. Num contexto global de recursos escassos, onde existe uma significativa e crescente afectação de recursos financeiros ao sector da saúde um pouco por todo o mundo, exige-se cada vez mais um elevado nível de eficiência e efectividade na prestação de cuidados de saúde.

Aos gestores executivos são colocados objectivos nacionais e regionais, estabelecidos através da metodologia da avaliação de desempenho. Esta metodologia pretende “aumentar a performance económico-financeira dos hospitais num contexto de melhoria simultânea da qualidade do serviço prestado aos utentes, nomeadamente a nível do acesso” e inclui alguns indicadores de resultados, essencialmente associados à eficiência/custos e demora média (Nóbrega e Ribeiro, 2004).

A avaliação do desempenho das organizações de saúde adquire ainda mais relevo após a publicação do *Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar* (Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro). Neste diploma são de referir, desde já, os aspectos presentes no art. 8.º (Informação Pública) - “O Ministério da Saúde divulga, anualmente, um relatório com os resultados da avaliação dos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde

mediante um conjunto de indicadores que evidencie o seu desempenho e eficiência”, Princípios Específicos da Gestão Hospitalar, art. 5.º, alínea b).

- “Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos” e nas alíneas a), b) e c) do n.º1 do art. 10.º (Princípios Específicos da Gestão Hospitalar do Sector Público Administrativo) - a) “Garantia da eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infra-estruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa óptima da utilização dos recursos disponíveis”, b) “Elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a Administração Regional de Saúde (ARS) respectiva, de acordo com o princípio contido na alínea d) do artigo 5.º, nos quais sejam definidos os objectivos a atingir e acordados com a tutela, e os indicadores de actividade que permitam aferir o desempenho das respectivas unidades e equipamentos de gestão” e c) “Avaliação dos titulares dos órgãos de administração, dos directores dos departamentos e de serviços e dos restantes profissionais, de acordo com o mérito do seu desempenho, sendo este aferido pela eficiência demonstrada na gestão dos recursos e pela qualidade dos cuidados prestados aos utentes”.

# 3 O Processo de Decisão

Com maior ou menor relevância, cada um de nós toma decisões praticamente do momento em que acorda até ao final do dia.

Decidir é, basicamente, a escolha de uma opção entre diversas alternativas existentes, seguindo determinados passos previamente estabelecidos e culminando na resolução de um problema de modo correcto ou não.

## 3.1 Decisão e Decisores

O sucesso da gestão nas organizações depende do desempenho eficaz das funções típicas da gestão, tais como planear, organizar, dirigir e controlar. Para exercerem estas funções os gestores estão envolvidos num processo contínuo de tomada de decisão. Nestas situações os gestores são os *tomadores* de decisão ou decisores. Este é um assunto multidisciplinar que tem atraído o interesse de economistas, analistas, psicólogos e filósofos.

Os decisores podem lidar com vários tipos de problemas de decisão, desde a operação diária até à definição de estratégias de longo prazo para a organização. Por outro lado, segundo vários autores (Arsham, 2002; Simon, 1977; Stoner *et al.*, 1997) existe a seguinte classificação para os diversos níveis de gestão.

- *Gestores de primeira linha:* Correspondem ao nível mais baixo da organização em que existe um responsável afecto a determinada equipa de trabalho. Estes gestores enquadram-se sobretudo ao nível operacional das organizações.
- *Gestores intermédios:* Dirigem as actividades dos gestores de 1ª linha, sendo também frequente coordenarem o trabalho dos operacionais. Reportam a outros gestores e dirigem as actividades que visam implementar as directrizes da organização/ empresa. Têm um enquadramento sobretudo tático.
- *Gestores executivos ou de topo:* Ocupam os lugares mais elevados da hierarquia organizacional sendo responsáveis pela gestão global da organização. Estes gestores preocupam-se com a definição das linhas estratégicas que traçam o rumo da organização.

A associação das tarefas de gestão aos diferentes níveis de gestão definidos anteriormente não pode ser feita com base em regras de classificação rígidas uma vez que existe partilha dessas tarefas. Esta partilha poderá ser distinguida com base no tempo afecto por cada um dos níveis a essas mesmas tarefas. Estes níveis de gestão têm latente um determinado grau de autoridade que se apresenta na base da modelação da estrutura formal da organização podendo traduzir-se numa hierarquia. Esta hierarquia inerente aos níveis de gestão parece estar fortemente correlacionada com a hierarquia da tomada de decisão.

O comportamento daqueles que desempenham determinado papel ou funções de gestão operacional é orientado por objectivos.

O foco do processo de decisão pode ser:

- A selecção dos objectivos de negócio transversais à organização

Objectivos estratégicos que se propõem dar resposta a problemas pouco estruturados, onde são apresentadas frequentemente alternativas conflituosas, existindo um elevado grau de incerteza e risco sobre a decisão tomada;

- O atingir desses objectivos

Com carácter operacional, que dão resposta a problemas altamente estruturados, na medida em que são facilmente determinados e em que as alternativas de acção são claras e bem definidas.

## 3.2 Processo de Decisão

É pressuposto, em alguns dos modelos de tomada de decisão, que a tomada de decisão é sempre a solução de um problema (Simon, 1977; McDermott, 2010). Frequentemente a primeira etapa na decisão de processo é a identificação do problema.

Na generalidade dos casos o processo de decisão começa com o reconhecimento e assimilação de um problema de decisão e termina com a escolha da solução final no meio de finitas ou infinitas alternativas.

O modelo de tomada de decisão proposto por Herbert Simon (1977) envolve três fases: (1) Raciocínio; (2) Concepção e (3) Escolha. Mais tarde, foi acrescentada uma quarta fase, a Implementação.

Segundo McDermott (2010) o modelo de quatro fases pode ser usado como guia para o desenvolvimento específico da tomada de decisão. Todavia, actualmente, são tantos os modelos possíveis de aplicar ao Processo de Decisão que numa primeira fase torna-se

necessário decidir qual o modelo adequado à situação. Existem modelos racionais, intuitivos, racional-interactivos e irracionais, assim como modelos com cinco, seis, sete e até com nove fases.

As decisões de gestão afectam directamente a sobrevivência da organização e a vida das pessoas que giram em torno dela, sejam elas funcionários/trabalhadores, accionistas, fornecedores ou clientes/utentes. Desta forma quem decide é exposto a inúmeros factores de influência (Martinsons e Davison, 2007). Todas as pessoas exigem dele um resultado satisfatório. Muitas vezes estes intervenientes solicitam soluções diferentes e até antagónicas para solucionar um mesmo problema. É necessário estabelecer prioridades quando existem objectivos e posições contrárias, carências ou disputas de recursos e de informações. Transformar os objectivos empresariais em objectivos colectivos, por meio da participação e da visão do futuro que deve ser partilhada com todos os membros da organização, é uma estratégia que deveria ser seguida. É também necessário satisfazer os clientes ou utilizadores, sem descuidar os interesses dos accionistas e das necessidades dos trabalhadores.

As decisões são actos de poder, no momento em que reúnem recursos definem estratégias e conduzem o destino de organizações e de pessoas, pelo que os gestores assumem uma dimensão política muito semelhante à de um governo. No quotidiano a viabilização desse processo, que na maioria das vezes se encontra repleto de conflitos de interesses, exige objectivos partilhados, liderança, comunicação efectiva e habilidade de negociação constante.

### **3.3 Factores que afectam o Processo de Decisão**

A necessidade de tomar uma decisão surge sempre quando se está perante um problema que possui mais do que uma alternativa para a sua resolução. Todas as decisões têm consequências e envolvem riscos. A situação de decidir é geralmente, dependendo do tipo de problema, uma fonte de *stress* para quem decide e após as tomadas de decisão importantes acontece um relaxamento geral nos organismos dos mesmos.

Existem alguns factores que exercem influência directa no processo de decisão e cuja existência é anterior ao problema (Tabela 1). Quando um problema surge este encontra-se inserido em determinado ambiente, o qual é intrinsecamente composto por diversos factores e variáveis que afectam o próprio problema e a forma como este poderá vir a ser resolvido.

Tabela 1 - Factores que afectam a decisão

Factores que exercem influência individual ou colectiva	Factores de influência nas organizações
Inteligência e cultura	Necessidade de produtos ou serviços com qualidade
Nível social	Necessidade de atendimento rápido e personalizado
Género	Necessidade de preços competitivos
Religião	Condições impostas por clientes e/ou fornecedores
Costumes e crenças	Exigências dos governos e da sociedade
Ética moral e ética profissional	Concorrência
Saúde física e mental	Tecnologias utilizadas
Influência familiar, factor emocional, na hora exacta da tomada da decisão	Melhor emprego dos recursos existentes
	Normas existentes na empresa
	Legislação em vigor
	Meio ambiente

Elaboração própria

Como se pode verificar, tomar decisões no contexto actual é algo complexo. Administrar esta complexidade é o desafio do gestor moderno.

### 3.4 Processo de Decisão nas Unidades de Cuidados de Saúde

As Unidades de Saúde têm por objecto principal a prestação de cuidados de saúde primários, caso se trate de Agrupamentos de Centros de Saúde, e no caso de Unidades Locais de Saúde, prestação de cuidados primários, secundários e continuados à população, bem como assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida (Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de Novembro).

Os órgãos máximos destas unidades de prestação de cuidados de saúde têm de se munir de informação, informação esta que se apresenta como a base na tomada de decisão.

As competências destes órgãos passam por garantir o cumprimento dos objectivos propostos, bem como o da gestão, que não estejam reservados a outros órgãos. Para isso todas as decisões são baseadas principalmente em informações sobre a actividade assistencial, estudos económico-financeiros e de monitorização e acompanhamento do Contrato Programa.



# 4 Gabinete de Apoio à Gestão nas Unidades de Saúde

## 4.1 Caracterização e Funções

Os Gabinetes de Apoio à Gestão, também designados Unidades de Apoio à Gestão ou Gabinetes de Assessoria Técnica, encontram-se na dependência directa do Conselho de Administração das Unidades de Saúde onde estão inseridos e reportam hierarquicamente ao seu presidente (Figura 1), proporcionando-lhe a informação necessária à tomada de decisão. Estes gabinetes têm como atribuição principal a elaboração dos instrumentos de gestão dos vários departamentos e Serviços Clínicos de forma a garantir compatibilidade com os objectivos estratégicos destas organizações.

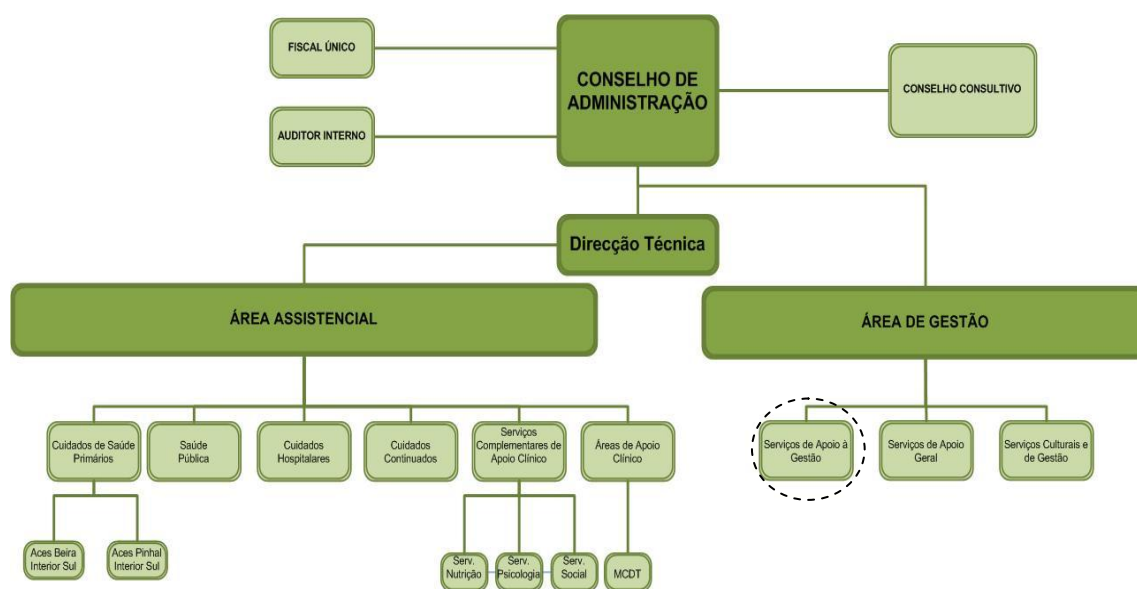


Figura 1 - Exemplo Modelo Organizacional Unidade de Saúde, EPE

Fonte: *Business Plan* da Unidade Local De Saúde de Castelo Branco, EPE (2009)

O desenvolvimento de um modelo de avaliação do desempenho das organizações de saúde torna-se cada vez mais imprescindível para um conjunto de agentes associados ao mercado da saúde (Costa, 2005). A estruturação deste modelo permite aos gestores e outros profissionais de saúde a sua transposição para o plano de avaliação individual e, desta forma, criar mecanismos de avaliação da competência e a possível atribuição de incentivos.

É no seio das equipas de gestão que o contributo dos GAG é imprescindível e apresentam como principais competências:

- Preparar os documentos e sistematizar a informação necessária à elaboração do processo de contratualização interna e externa;
- Apoiar a implementação e desenvolvimento de um sistema de informação integrado adequado aos vários níveis de gestão - estratégico, intermédio e operacional;
- Definir e dinamizar um sistema de indicadores de desempenho (*tableau de bord*) para acompanhamento e monitorização da gestão da actividade assistencial e serviços;
- Recolher, tratar e analisar a informação estatística global das unidades de saúde garantindo a resposta atempada às entidades externas;
- Acompanhar a execução dos Contratos Programa e efectuar análises periódicas sobre a evolução dos principais indicadores de gestão formulando recomendações sobre os desvios detectados face ao previsto;
- Realizar a avaliação dos investimentos que lhes sejam submetidos;
- Desenvolver estudos de custo-efectividade que contribuam para a melhoria da capacidade de desempenho dos serviços face aos recursos disponíveis;
- Colaborar com os vários departamentos e serviços clínicos na resolução de problemas de ordem organizacional.

Os Gabinetes de Apoio à Gestão integram as áreas de estudos económicos e financeiros, acompanhamento dos serviços clínicos, como o são a contratualização interna, a monitorização do Plano de Actividades e Orçamento, assim como do Plano de Desempenho, Contrato Programa, estatística e informação para a gestão.

Por nomeação do Conselho de Administração podem estes gabinetes integrar comissões, grupos de projecto e áreas em desenvolvimento, designadamente na área de Gestão da Qualidade, Entidade Reguladora da Saúde (ERS), entre outras.

Estes gabinetes elaboram, ainda, respostas a pedidos de informação para entidades externas, em especial aos serviços centrais do Ministério da Saúde e ao Instituto Nacional de Estatística. Estes gabinetes articulam também com os vários departamentos, clínicos e não clínicos, na elaboração dos planos de acção e relatórios.

# 5 Sistemas de Apoio à Gestão

## 5.1 Papel no Processo de Tomada de Decisão

O processo de decisão é, pela sua natureza, um processo cognitivo. O acto de decidir nunca é à prova de erros, os decisores, como seres humanos, são propensos às suas capacidades cognitivas. Os Sistemas de Apoio à Decisão são usados pelos decisores ou, no caso dos Gabinetes de Apoio à Gestão, por quem lhes fornece a informação, para minimizarem os seus erros cognitivos e maximizarem o desempenho das suas acções.

As decisões nas unidades de saúde são tomadas tendo por base informação útil e de qualidade sobre e para a prestação de cuidados de saúde que vem suportar a gestão estratégica e operacional dessas mesmas unidades. Esta informação poderá ser de natureza clínica, qualitativa e quantitativa, tornando-se incipiente devido à sua inadequada recolha feita, em muitas circunstâncias, de forma manual.

Os Sistemas/Aplicações Informáticas são diversos, sendo que por vezes um mesmo dado ou informação pode estar armazenado em diferentes aplicações, o que se traduz numa dificuldade acrescida para todo aquele cuja base de trabalho é a recolha e análise dessa informação.

A base estrutural do sistema de informação da saúde é constituída pelas aplicações SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde), SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar) e Cartão de Utente. Estas aplicações estão actualmente desadequadas do ponto de vista funcional e tecnológico e, embora tenham tido um papel pedagógico relevante na introdução de meios informáticos na Saúde, apresentam hoje fragilidades, principalmente relativas à informação disponível para a gestão.

O sistema de informação da saúde apresenta um quadro desagregado e descentralizado, heterogéneo nas soluções e plataformas aplicacionais utilizadas.

O SINUS está implementado em todos os Centros de Saúde e em praticamente todas as Extensões de Centros de Saúde do País na vertente administrativa, abrangendo o registo de contacto dos utentes, o agendamento electrónico das consultas, assim como o registo da vacinação.

O SONHO está implementado em mais de noventa estruturas hospitalares do país com bases de dados locais, apresentando-se como um sistema integrado de informação hospitalar que se baseia na filosofia de “um doente - um número único de identificação”.

Esta aplicação é constituída por oito módulos (integrador, urgência, consulta externa, internamento, bloco operatório, hospital de dia, arquivo e facturação) que visam dar corpo e consistência aos objectivos de carácter estrutural e funcional deste sistema de informação.

Do ponto de vista estrutural o objectivo principal do SONHO é o de criar as infra-estruturas mínimas necessárias para um Sistema Integrador de Informação Hospitalar, que permita englobar progressivamente, e à medida das necessidades de cada hospital, novos módulos/aplicações interligadas com as existentes. Do ponto de vista funcional o objectivo principal deste sistema é o de controlar o fluxo de doentes hospitalares. O doente é o centro do modelo funcional.

O método de recolha de dados faz-se através dos postos de atendimento dos hospitais sempre que um utente aceda a uma instituição para realizar qualquer tipo de acto médico (urgência, consulta externa, exame complementar de diagnóstico ou terapêutico, entre outros).

No entanto, quando se pretende a ligação dos dados dos hospitais a novas aplicações, como o é o Sistema de Informação das ARS (SIARS), os critérios de normalização definidos e implementados não são assumidos de forma automática, ou seja, o processo não facilita a transferência e carregamento automático da informação. Tal facto deve-se à ausência duma política de normalização e estruturação de certos conteúdos a níveis nacional e regional.

Tal como o SINUS, o SONHO está implementado de uma forma padronizada, particularmente na vertente administrativa. A implementação dos módulos clínicos limita a sua utilização para fins comparativos.

## 5.2 Conceito de SAD

Os Sistemas de Apoio à Decisão (SAD) têm como função auxiliar no processo de tomada de decisão, oferecendo informações nas áreas de planeamento estratégico, controlo tático ou de gestão e controlo operacional para os utilizadores finais.

Os SAD inserem-se num contexto bastante amplo dos Sistemas de Informação (SI) e das ciências de gestão (*MS-Management Sciences*). Os SI evoluíram a par da tecnologia adoptando uma grande variedade de designações. Os meios de Processamento Electrónico de Dados (*EDP - Electronic Data Processing*) foram melhorados através dos Sistemas de Informação de Gestão (*MIS - Management Information Systems*), da Burótica (*Office automation*) e, finalmente,

através dos Sistemas de Apoio à Decisão (*Decision Support Systems*). Sendo o SAD, como instância evolutiva dos SI, ponto de convergência de utilização de diversas técnicas de análise e, ainda, uma das plataformas tecnológicas dos sistemas de *Business Intelligence* (BI), compreende-se a dificuldade de os definir de forma completa e rigorosa.

Assim, uma das possíveis definições é que os SAD são sistemas de informação computacionais complexos que permitem o acesso total à base de dados da organização, modelação de problemas e simulações, possuindo um interface amigável, e têm por objectivo principal auxiliar os gestores em todas as fases do processo de tomada de decisão, principalmente, nas etapas de concepção, comparação e classificação dos riscos, além de fornecer subsídios para a escolha de uma boa alternativa (Bruggen e Wierenga, 2001).

O conceito dos SAD, também conhecidos como Sistemas de Suporte à Decisão, que deriva da tradução directa do termo original em Inglês *Decision Support System* (DSS), surgiu por necessidade no início dos anos 70 devido a factores como a crescente competição entre as organizações e a necessidade de informações mais rápidas para tomar decisões, entre outros. O conceito estimulou grande interesse na investigação e nas suas aplicações. Gorry e Scott-Morton (1971) definem os SAD como “*interactive computer-based systems which help decision makers utilize data and models to solve ill-structured problems*”. Uma definição subsequente de Keen e Scott-Morton (1978) diz que os SAD juntam os recursos intelectuais do indivíduo com as capacidades do computador para melhorar a qualidade das suas decisões.

Os SAD são destinados a apoiar, ao invés de substituir, o papel de decisão dos gestores na resolução de problemas. As capacidades dos decisores são estendidas através do uso de sistemas SAD, particularmente em situações de decisões mal estruturadas. Neste caso uma solução satisfatória em detrimento de uma óptima pode ser a meta do processo de decisão. Resolver e solucionar problemas mal estruturados depende, com frequência, da interacção repetida entre o decisor e o SAD.

### **5.3 História e Evolução dos SAD**

No final dos anos 60 iniciam-se experiências da utilização de modelos sistemáticos quantitativos computadorizados no apoio ao processo de decisão planeado. Os sistemas de informação disponibilizavam relatórios estruturados e periódicos. O primeiro SAD foi desenvolvido usando sistemas computacionais interactivos (Scott Morton, 1971).

No início da década de 70 os SAD/SSD eram descritos como os sistemas computacionais complexos de auxílio ao processo de decisão. Little (1970) definiu o Sistema de Apoio à Decisão como sendo “um conjunto de procedimentos computacionais, baseado em modelos

para processar dados e julgamentos e para assistir um gestor nas suas decisões”. Little argumenta que para que um sistema deste género tenha sucesso é necessário que possua as seguintes características: simplicidade, robustez, facilidade de controlo, adaptabilidade e comunicação fácil. O ponto de partida, ainda que não mencionado explicitamente na literatura da época, foi a aplicação de técnicas computacionais interactivas às tarefas de gestão, com o objectivo de melhorar as decisões. Em meados da mesma década o movimento dos SAD enfatiza os sistemas informáticos interactivos que auxiliam os agentes de decisão através de bases de dados e bases de modelos.

Na segunda metade da década de 70 surgiram os SAD financeiros como modelos de análise. No início dos anos 80 empresas e universidades realizam actividades associadas ao desenvolvimento e estudo dos SAD, e o resultado foi a proliferação do conceito e das aplicações associadas, que emergiram para além do domínio tradicional da aplicação. Surgem os Sistemas de Informação Executivos (EIS) e os Sistemas de Apoio à Decisão orientados a Grupos (SADG) e o conceito de interactividade já se encontrava firmemente estabelecido na comunidade dos SAD/SSD. Bonczek *et al.* (1980) definem o SAD como sendo “um sistema computacional constituído por três componentes que interagem: um sistema de comunicação entre o utilizador e os outros componentes do sistema, um subsistema de conhecimento do domínio de aplicação do SAD e um subsistema de processamento de problemas”.

No início dos anos 90 surgem os SAD cliente/servidor, e dá-se a explosão do conceito dos sistemas de *Business Intelligence*. Em 1995 surgem os *Data Warehousing* e *Data Mining* e os sistemas baseados na *Web*. Em 1998 surgem sistemas para a avaliação de desempenho em empresas e o BSC (*Balanced Scorecard*).

Ainda nos anos 90 observa-se o aparecimento de novas técnicas para os SAD: as estações de trabalho inteligentes.

As funções e características dos SAD variam significativamente e com diferenças dependendo do domínio onde o sistema é aplicado. Turban e Aronson (1998) resumiram a dez as características comuns dos sistemas SAD/SSD:

- Lidarem com problemas de decisão não estruturados e subespecificados de modo a conseguirem juntar o pensamento humano e a informação computadorizada.
- Apoiarem os gestores em níveis diferentes.
- Apoiarem indivíduos (decisores) e grupos de decisão. Certos problemas menos estruturados podem necessitar do envolvimento de várias pessoas ou departamentos.
- Suportarem uma variedade de estilos de decisão e processos.
- Adaptabilidade e flexibilidade para levarem a cabo as tarefas de apoio à decisão, a aproximação com os utilizadores e acompanharem as mudanças do domínio de aplicação e dos processos de decisão.

- Interactividade e utilização amigável para permitirem a interacção fácil por decisores não familiarizados com informática.
- Combinarem o uso de técnicas analíticas e modelos com função de acesso a dados.
- Combinarem o uso de Bases de Conhecimento e Inteligência Artificial.
- Acederem a uma larga variedade de Base de Dados. Devem permitir o acesso a várias fontes, tipos e formatos de dados.
- Integração e ligação “Web”.

Às características típicas enumeradas anteriormente juntam-se outras mencionadas na literatura investigada, consideradas também fundamentais e desejáveis para caracterizar os SAD, das quais se realçam:

- Devem permitir várias decisões independentes ou sequenciais.
- Flexibilidade na recolha, procura, visualização e manipulação das informações.
- Devem tentar melhorar a eficiência das suas decisões (ao nível da qualidade, tempo, exactidão) em vez de se preocupar com o custo dessas decisões.
- Devem acompanhar as tendências evolutivas, sendo mais flexíveis e adaptáveis às mudanças.

A selecção das funcionalidades e características acima identificadas depende dos requisitos do utilizador. Um SAD pode ser tão simples como uma folha de cálculo em Excel, ou extremamente complexo como um sistema num *Data Warehouse*.

A participação de órgãos de *staff* estimula um contínuo melhoramento nas tarefas de serviço, eventos e processos numa forma integrada e sistemática (Guicheleae, 1993).



# 6 Metodologia da Investigação

O processo metodológico indica-nos qual o caminho a seguir, respondendo à forma como pretendemos atingir os objectivos e como pretendemos obter a resposta ao problema. Como Lakatos e Marconi (1990) consideram, a metodologia, como uma fase essencial do estudo de investigação, permite ao investigador responder às questões - Como? Com quê? Onde? Quando? Segundo Fortin (1999) na fase metodológica o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Este ponto é destinado à metodologia no qual é apresentado o tipo de estudo a desenvolver, a população e a amostra utilizada, o modelo de investigação utilizado, as variáveis definidas, os critérios de inclusão e exclusão do estudo, o material utilizado e os procedimentos na recolha de dados.

## 6.1 Tipo de Estudo

Para elaborar um trabalho de investigação o tipo de estudo tem que ser previamente definido tendo em conta o seu desenho. A escolha do tipo de estudo a efectuar em qualquer processo de investigação é determinada principalmente pelos objectivos que se pretendem atingir.

Neste sentido, o enquadramento metodológico goza de algumas revisões de literatura dessas áreas de estudo com o objectivo de avaliar a maturidade da investigação dos comportamentos de informação e de perceber as orientações teóricas e a evolução dos objectos de análise. Contudo, tal como alguns autores sugerem, existem algumas lacunas nos métodos utilizados no que concerne ao apoio a uma investigação mais profunda, fruto de descrições que tendem a ser muito sumárias ao nível dos estudos empíricos nesta área.

Meho (2006) refere que os estudos empíricos sobre as questões metodológicas são poucos face às exigências de uma análise mais profunda, como a que concerne a aplicação de entrevistas por correio electrónico e reforça efectivamente o decréscimo da utilização dos métodos de inquirição estruturados, mas sublinha que o crescimento na aplicação de metodologias qualitativas tem acompanhado a expansão da aplicação dos métodos de observação e das entrevistas semi-estruturadas e em profundidade.

Para além do desenho qualitativo este estudo apresenta ainda um carácter exploratório e uma abordagem transversal, já que ocorre num determinado período de tempo. Para Fortin

(1999) o estudo será exploratório quando se pretende caracterizar um fenómeno de modo a torná-lo conhecido, trata-se de uma situação de descoberta e exploração de factores. Por outro lado, um estudo é considerado exploratório quando o objectivo é proporcionar maior familiaridade com o problema permitindo assim ao investigador ampliar a sua experiência com esse mesmo problema.

Nesse sentido, tendo por base a questão de investigação e os objectivos definidos, permite-se estabelecer a correlação entre o objectivo de perceber o papel dos Gabinetes de Apoio à Gestão na tomada de decisão em unidades de saúde integradas e a estratégia metodológica que se seleccionou foi a abordagem qualitativa.

## 6.2 Método Delphi - Justificação da Opção

O método Delphi foi desenvolvido na década de 60 pela *Rand Corporation* como técnica de previsão. Este método é utilizado no apoio a processos de tomada de decisão e da resolução de problemas para os quais existe pouco conhecimento, tais como o de exploração de cenários futuros (Howze e Dalrymple, 2004). O método *Delphi* aplica a opinião de entendidos nas matérias em estudo ou em avaliação (os *experts*) como fonte privilegiada de informação para suportar tomadas de decisão e formular planos de acção face a cenários futuros (Saunders, 2009).

O método Delphi baseia-se em vários estudos dos quais se destaca o de Okoli e Pawlowski (2004). Neste estudo os autores exploraram o método Delphi de forma a ultrapassar as lacunas resultantes de abordagens pouco sistemáticas na aplicação do mesmo e assim orientar futuras investigações que aplicassem este método, aumentando o rigor e a validade científica. Da mesma forma, Reynold *et al.* (2008) referem que, apesar de este método ser largamente utilizado na área da saúde, não se identifica uma metodologia padrão existindo inúmeras variações na aplicação do mesmo. O método Delphi caracteriza-se por uma aplicação flexível que permite estruturar e validar informações que resultam de considerações pessoais e subjectivas, ou seja, as opiniões dos participantes seleccionados (Winzenried, 1997).

Winzenried (1977) é da opinião que o sucesso e a validade da aplicação do método Delphi decorrem dos meios que utiliza para identificar a realidade, ou seja, das perspectivas e dos depoimentos resultantes da experiência e da opinião do grupo de participantes na investigação, definindo e extraíndo parte da informação recolhida gerando uma visão da realidade consensual.

Face ao exposto, o método Delphi adequa-se aos objectivos da presente investigação porque se pretende perceber o impacto dos GAG na tomada de decisão em unidades de saúde

integradas, a partir da experiência e das opiniões de um grupo de inquiridos, tomados como estudo de caso - conteúdos de carácter qualitativo. É um método aplicável ao contexto deste trabalho porque se adequa a uma população-alvo de difícil acesso, com pouca disponibilidade e geograficamente dispersa, questão que é contornada pela relativa liberdade que é dada ao inquirido para responder às questões colocadas, de acordo com a sua disponibilidade. Há que considerar ainda que o método Delphi utiliza uma linguagem que é próxima da que os gestores a inquirir empregam, viabilizando uma taxa de resposta adequada.

Para além da sua adequação à população alvo do presente estudo o método Delphi permite ultrapassar alguns limites de informação inerentes a metodologias quantitativas e de carácter probabilístico, nomeadamente, na possibilidade que oferece em aprofundar e reformular continuamente as questões centrais na investigação, algo que as metodologias quantitativas como as que envolvem estatísticas descritivas associadas a métodos de recolhas de dados por questionários estruturados, não permitem desenvolver.

### **6.3 Selecção dos Casos**

Foram seis Gabinetes de Apoio à Gestão o número de casos seleccionados na abordagem qualitativa através da opção do método Delphi: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (ULSBA, E.P.E.), Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM, E.P.E.), Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. (ULSCB, E.P.E.), Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS Cova da Beira), Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga 2 (ACeS BV 2) e Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (ULSAM, E.P.E.).

A amostra (selecção dos casos) usada foi não probabilística ou de conveniência uma vez que foram seleccionadas as pessoas mais convenientes como sujeitos do estudo. Para Polit e Hungle (1995) este tipo de amostra é também intencional, uma vez que é a partir dos conhecimentos de um pesquisador sobre a população e seus elementos que selecciona os casos que serão incluídos no estudo. O pesquisador pode decidir seleccionar, intencionalmente, a mais ampla variedade possível de inquiridos ou, ainda, pode seleccionar os sujeitos tidos como característicos da população em questão ou particularmente conhecedores das questões que serão estudadas.

Os critérios para a selecção dos seis GAG foram o de abranger a realidade nacional ao nível dos cuidados de saúde primários e secundários e ao mesmo tempo retratar a realidade dos dois tipos de integração, quer vertical com as Unidades Locais de Saúde, quer horizontal ao nível de Agrupamento de Centros de Saúde aliando a representatividade geográfica. Estes e outros critérios estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Critérios de Selecção dos GAG

Critérios de selecção	Factores de influência	GAG (Unidade de Saúde)
Representatividade Geográfica	Norte	ULSM, E.P.E.
		ULSAM, E.P.E.
		ACeS BV 2
	Centro	ULSCB, E.P.E.
		ACeS Cova da Beira
	Sul	ULSBA, E.P.E.
Tipo de integração de Cuidados de Saúde	Vertical	ULSM, E.P.E.
		ULSAM, E.P.E.
		ULSCB, E.P.E.
		ULSBA, E.P.E.
	Horizontal	ACeS BV 2
		ACeS Cova da Beira

Elaboração própria

## 6.4 Informantes/Participantes no Estudo

No que diz respeito ao número de participantes a integrar num estudo, através do método Delphi, a literatura sugere de 10 a 18 participantes (Okoli e Pawlowski, 2004). Contudo, também existe alguma flexibilidade a este nível, já que número de indivíduos não terá representação estatística. O grupo a seleccionar dependerá da sua dinâmica na produção de informação e na obtenção de consensos (Okoli e Pawlowski, 2004; Winzenried, 1997) ou seja, a validade do estudo depende fortemente da qualidade dos inquiridos, da qualidade do discurso e dos conhecimentos sobre as matérias em questão e não tanto do número de inquiridos (Baruchson-Arbib e Bronstein, 2002).

O painel de inquiridos deve ser escolhido considerando o seu interesse para o estudo, garantindo uma adesão séria e interessada e, ao mesmo tempo, justificando o seu empenho e colaboração com os seus conhecimentos (Howze e Dalrymple, 2004). Para a realização deste trabalho foi fulcral que a amostra de inquiridos a seleccionar fosse claramente informada sobre os objectivos do estudo, criando empatia e motivação para participar na investigação.

Relativamente às características do processo de aplicação do método Delphi e à necessidade de manter a adesão do grupo de participantes. Okoli e Pawlowski (2002) chamam a atenção para o desenho dos métodos de inquirição. As múltiplas interacções que este método exige devem forçar uma ponderação na utilização do menor esforço e do menor consumo de tempo aos participantes.

## 6.5 Instrumento de Recolha de Dados

A qualidade de uma pesquisa depende, entre outros aspectos, do planeamento sistematizado da recolha de dados, entendido como um conjunto de decisões programadas. “A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de obtenção de dados a utilizar” (Fortin, 1999). O investigador antes de efectuar uma recolha de dados deve questionar-se se o instrumento adoptado dá resposta aos objectivos da sua investigação.

Existem diversas formas de recolher dados pelo que o investigador deve ter capacidade de seleccionar o tipo de instrumento que melhor se adequa ao objectivo do estudo. Existe uma grande variedade de instrumentos de recolha de dados devendo estes ser escolhidos de acordo com os seguintes aspectos:

- Os objectivos do estudo;
- O nível de conhecimentos do investigador acerca do tema em estudo e as variáveis;
- Validade do instrumento;
- Fidelidade do instrumento.

Neste estudo em concreto o instrumento de recolha de dados tem por base a aplicação do método Delphi. Este método apresenta-se como a forma de recolher opiniões de entendidos sobre determinada matéria, sendo tratadas e submetidas várias vezes, proporcionando uma comunicação contínua em diferentes rondas tentando sempre atingir o objectivo de alcançar a perspectiva de consenso (Charlton, 2004; Winzenried, 1997). Esse consenso será pois a síntese das respostas conferidas para cada questão colocada.

Nestas circunstâncias, o instrumento de recolha usado neste estudo foi essencialmente a **entrevista**. De acordo com Meho (2006) os métodos que utilizam as entrevistas em profundidade são aplicáveis e preferíveis quando o objectivo passa pela compreensão dos fenómenos sociais e culturais, sendo um contributo menos vantajoso quando os objectivos científicos passam pela objectivação dos factos e pelo estabelecimento de generalizações. Também Hider e Pymm (2008) sublinham o facto do decréscimo da aplicação dos métodos de inquirição contrastar com o crescimento da aplicação das entrevistas e dos questionários como método de recolha de dados, fruto da expansão da aplicação do método qualitativo em investigações, que são sobretudo conduzidas através de entrevistas.

O objectivo da aplicação da entrevista é o de entender o significado atribuído pelo entrevistado sobre um dado tema por parte do entrevistador. Pretende-se obter descrições do entrevistado sobre um tema inerente à sua experiência de vida que permitam, posteriormente, ao investigador interpretar o significado de um dado fenómeno (Warren, 2004).

A aplicação de pré-testes é desejável mas não considerada um requisito no Delphi já que a dinâmica que se pretende construir entre investigadores e o grupo de participantes permite ir reformulando e redefinindo as respostas e as questões (Okoli e Pawlowski, 2004). Aliás, ao contrário dos métodos de inquirição mais tradicionais, o facto dos participantes não serem anónimos para o investigador possibilita a contínua comunicação, desenvolvimento e clarificação das respostas (Okoli e Pawlowski, 2004). Deste modo não foi realizado um pré-teste ao guião de entrevista (ver Anexo) no presente estudo.

Quanto aos incentivos existem três inerentes à aplicação do método que são igualmente aplicáveis ao presente estudo: ser escolhido num grupo maior de membros do Gabinete de Apoio à Gestão para participar é um sinal de reconhecimento; a possibilidade de tirar partido das informações que decorrem dos consensos e, por último, a possibilidade de aumentar a sua visibilidade na instituição (Okoli e Pawlowski, 2004).

## 6.6 Análise e Interpretação dos Dados

No processo de análise e interpretação da informação importa referir que, nem sempre, as perspectivas de consenso são o objectivo último na aplicação do método Delphi. Na verdade, alguns estudos também o utilizaram para identificar opiniões distintas que sugerem cenários distintos igualmente relevantes para certas investigações (Okoli e Pawlowski, 2004).

A partir da caracterização construída reafirma-se a utilização da técnica do Delphi no sentido proposto por alguns autores (Charlton, 2004; Winzenried, 1997), ou seja, para estruturar e orientar os momentos de interacção com o grupo de gestores pertencentes a Gabinetes de Apoio à Gestão das Unidades de Saúde seleccionadas. As questões de *follow-up* e as rondas de entrevistas seguintes foram orientadas com o objectivo de encontrar opiniões e descrições de consenso nas respostas a essas mesmas questões.

Tratando-se de um método que utiliza rondas sucessivas de inquirição importa entender como se constrói esse processo. Apesar da versatilidade na aplicação do método Delphi e da sua adaptação aos objectivos de cada investigação Okoli e Pawlowski (2004) sugerem que o primeiro momento de inquirição seja estruturado de forma simples e a partir de questões abertas porque é neste momento que se realiza a primeira solicitação de ideias e de opiniões

aos inquiridos, tal como se pretendeu neste trabalho. Foi a partir das respostas a esta primeira vaga de inquirição que se começaram a identificar e a definir as ideias, os conceitos e os factores inerentes ao objecto em estudo. Como refere Charlton (2004) é, portanto, na primeira ronda que os participantes são convidados a opinar sobre algumas questões com base na sua experiência e conhecimento.

No segundo momento de inquirição, realizou-se a validação das ideias construídas a partir da informação recolhida anteriormente. Surgiram dúvidas por parte do investigador ao analisar as respostas, originando um novo contacto com alguns dos informantes para esclarecimento de respostas, são exemplo disso algumas siglas sem o respectivo significado e a não concretização de resposta em valor quando isso o era solicitado.

O objectivo foi o de conseguir a validação por parte dos inquiridos das ideias definidas a partir das respostas anteriores. Neste caso, é mesmo sugerido o envio de uma cópia das respostas a cada participante (Charlton, 2004; Okoli e Pawlowski, 2004). Esta é aliás a técnica que permite validar e consolidar o trabalho do investigador, ou seja, validar as suas interpretações e a categorização dos factores identificados a partir da primeira ronda (Charlton, 2004; Okoli e Pawlowski, 2004). Mas este processo não culmina na validação e na obtenção do feedback da entrevista. Os participantes puderam, nesta segunda ronda, sugerir outras questões e modificar as suas respostas anteriores em função da releitura dos resultados (Reynolds *et al.*, 2008).

Este processo de aplicação do método Delphi é flexível, como referido anteriormente, contudo é sugerido que a sua aplicação contemple duas a três rondas (Charlton, 2004; Reynolds *et al.*, 2008). Nesta investigação apenas foram contempladas duas rondas. Finalmente, de referir que a informação recolhida foi tratada através da técnica de análise de conteúdo.



# 7 Resultados e Discussão

Neste ponto é abordada a análise empírica da informação recolhida através das entrevistas. Deste modo, pretende aprofundar-se o conhecimento acerca da estrutura dos Gabinetes de Apoio à Gestão através da caracterização dos participantes pelo que, neste primeiro sub-ponto, são identificadas as principais características dos intervenientes desta investigação.

De seguida, no segundo sub-ponto, é reflectida uma primeira análise interpretativa da informação sintetizando os objectivos que se exige abordar com a presente investigação.

Posteriormente cada um dos objectivos é desenvolvido e enquadrado com o conhecimento teórico aglutinador deste estudo.

## 7.1 Caracterização dos Participantes

Relativamente à abordagem ao estudo empírico são apresentadas as diferentes unidades de saúde em que cada GAG seleccionado se encontra inserido, cada elemento participativo no estudo, bem como sua categoria profissional.

A tabela seguinte sintetiza as informações anteriormente descritas:

Tabela 3 - Caracterização dos Participantes

Unidade de Saúde	Informantes
<b>(Caso 1)</b> Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.	Técnico Superior I
	Divisão de Produção, Controlo e Informação para a Gestão
	Chefe de Divisão
	Divisão de Produção, Controlo e Informação para a Gestão
<b>(Caso 2)</b> Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	Técnica Superior II
	Divisão de Produção, Controlo e Informação para a Gestão
	Assistente Técnica
	Divisão de Produção, Controlo e Informação para a Gestão
<b>(Caso 3)</b> Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.	Técnico Superior I
	Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão
	Técnico Superior II
	Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão
<b>(Caso 4)</b> Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira	Técnico Superior III
	Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão
	Técnico Superior
	Gabinete de Apoio à Gestão
<b>(Caso 5)</b> Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga 2	Técnico Superior
	Unidade de Apoio à Gestão
<b>(Caso 6)</b> Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	Técnico Superior
	Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

Elaboração própria

## 7.2 Análise Interpretativa da Informação

De acordo com a metodologia adoptada e tratando-se de um estudo de grupos específicos, foram recolhidas opiniões dos elementos integrantes dos GAG (entendidos sobre a matéria) cujas questões estão repartidas atendendo aos objectivos que se pretendiam alcançar. Desta forma apresenta-se uma síntese dos objectivos conferidos para cada questão colocada.

### Objectivo 1

Perceber qual o papel dos Gabinetes de Apoio à Gestão nas Unidades de Cuidados Integradas de Saúde, ao nível do processo do planeamento e da capacidade de desempenho.

#### Caracterização

- Dependência dos Gabinetes de Apoio à Gestão
- Reflexão sobre o esforço necessário para desenvolver as principais actividades de cada Gabinete.
  - I. Número total de Recursos Humanos afectos ao gabinete;
  - II. Média anual de projectos de investimento realizados com o apoio do gabinete;
  - III. Número médio de mapas de gestão produzidos mensalmente.
- Principais competências do Gabinete.

### Objectivo 2

Concluir se o tipo de informação que o Gabinete de Apoio à Gestão fornece assiste de base a opções estratégicas e operacionais atribuindo-lhe um papel fundamental na tomada de decisão dentro da Unidade de Saúde.

#### Benefícios

Utilidade da informação fornecida pelo Gabinete

### Objectivo 3

Avaliar a importância e o impacto dos Sistemas de Apoio à Decisão (SAD) como ferramenta a utilizar pelos Gabinetes de Apoio à Gestão

Aplicações utilizadas para extracção de dados necessários à actividade do gabinete.

#### Dificuldades

- No âmbito das funções atribuídas ao GAG - tratamento de dados;
- Ferramentas para recolha de informação - adequadas ao tipo de respostas solicitado;

- Qualidade do tipo de dados extraídos das aplicações existentes constituem informação útil e de qualidade.

#### Resultados

- Disponibilização de Sistemas de Apoio à Decisão como uma mais-valia para a actividade desenvolvida pelos GAG;
- Pontos fortes dos Gabinetes de Apoio à Gestão;
- Pontos fracos dos Gabinetes de Apoio à Gestão;
- Sugestões/recomendações para o futuro funcionamento/desempenho dos Gabinetes de Apoio à Gestão.

### 7.2.1 Caracterização dos GAG seleccionados

Os recursos humanos são a peça fundamental dentro das organizações. Por outro lado, os sistemas de informação apresentam-se como um apoio à actividade dos indivíduos, enquanto tomadores de decisão, produtores de informação e construtores de conhecimento, quer considerados como indivíduos, perfis de profissionais, ou grupos (Gouveia e Ranito, 2004). Estes recursos humanos estão concebidos para receber o fluxo de dados e, assim, gerarem informação necessária à actividade dessas mesmas organizações.

Apresentam-se nas tabelas seguintes a posição do GAG dentro da organização assim como a sua composição, a sua capacidade de desempenho e esforço associado através da observação directa do número médio de estudos/mapas produzidos (Tabela 4) e a discriminação, pelos inquiridos, das principais competências do gabinete onde pertencem (Tabela 5).

Tabela 4 - Caracterização dos GAG

Unidade de Saúde	Dependência	Nº Recursos Humanos	Nº Médio Projectos Investimento	Nº Médio Mapas Gestão Mensal
ULS Baixo Alentejo, E.P.E. <b>(Caso 1)</b>	Conselho de Administração	5	0	50
ULS Matosinhos, E.P.E. <b>(Caso 2)</b>	Conselho de Administração	4	0	6
ULS Castelo Branco, E.P.E. <b>(Caso 3)</b>	Conselho de Administração	2	3	50
ACeS Cova da Beira <b>(Caso 4)</b>	Direcção Executiva	8	0	15
ACeS Baixo Vouga 2 <b>(Caso 5)</b>	Direcção Executiva	28	0	20
ULS Alto Minho, E.P.E. <b>(Caso 6)</b>	Conselho de Administração	3	2	40

Analisando os dados apresentados na Tabela 4 conclui-se que os vários GAG participantes no presente estudo detêm uma posição de dependência directa do órgão máximo dentro de cada unidade de saúde.

Comparativamente ao número médio de mapas de gestão produzidos mensalmente estes também são unânimes no que concerne à grande quantidade apresentada. Já relativamente

ao número anual de participações em projectos de investimentos a maioria dos gabinetes não o faz.

Quanto à política de recursos humanos esta não se apresenta concorde entre as distintas unidades de saúde, exibindo manifestas desigualdades aquando do número de efectivos do GAG, promovendo mesmo, por parte da ULSCB, uma recomendação *“Reforço dos Recursos Humanos e aposta na especialização (...)”*, como oportunidade de melhoria.

Por outro lado, a insuficiência de recursos humanos, além de outras contrariedades, é vista como um obstáculo à autonomia de gestão dos ACeS, como é reconhecido nas seguintes afirmações:

*-“Apesar de a própria Constituição prever que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tenha uma gestão descentralizada e participada, na prática esse objectivo nunca foi conseguido.(...) Todavia, a experiência vivenciada a nível da autonomia gestonária deste ACeS, passa pela constatação de que a tentativa de implementação de estrutura mais leve e flexível, ao nível da UAG...este processo de transição está longe de estar concluído, criando alguns constrangimentos, difíceis de ultrapassar, dada a enorme carência de recursos humanos”.*

(ACeS BV2)

As organizações pertencentes ao sector público onde é preponderante o modelo burocrático de gestão evoluindo ao longo dos tempos de forma conservadora conduzem a sintomas por parte dos seus colaboradores como a desmotivação, a falta de identificação com a organização, aliados ao comodismo e à resistência à mudança.

Estando inseridos em organizações com este tipo de particularidades os GAG apresentam constrangimentos ao nível da motivação dos seus elementos reflectindo-se negativamente na sua capacidade de desempenho, apontado como um ponto fraco pela técnica superior do ACeS BV2, referindo sentir:

*- “dificuldade em se proceder a uma delegação efectiva de competências a nível das diversas Unidades Funcionais (facto que não é alheio ao sentimento de alguma desmotivação e cansaço das próprias equipas). Daí que nem sempre é possível dar uma resposta capaz e em tempo útil a todas as solicitações que as unidades funcionais colocam a este serviço”.*

Do mesmo modo, apresentado como um ponto fraco é nomeada pelo técnico superior do ACeS Cova da Beira, a característica por parte dos seus recursos humanos como de diminuta qualificação, anunciando um elevado grau de resistência à mudança, mencionando

*- “Falta de recursos humanos com qualificação” e “-Resistência à mudança e conformismo por parte de alguns trabalhadores”.*

Em contradição a esta opinião e deparando-se unânimes entre eles, os entrevistados do GAG da ULSM consideram que este tipo de gabinetes é constituído por recursos humanos dotados de extrema competência com conhecimentos sólidos do sector da saúde apresentando-se polivalentes entre eles, explanando:

**PONTOS FORTES:** *Competências técnicas e pessoais, dos elementos da equipa do SPCG, adequadas ao bom desempenho do Serviço; Polivalência entre os elementos da equipa em diversas áreas; profundos conhecimentos da área da saúde e do funcionamento das diversas estruturas organizacionais que compõem o SNS; capacidade de investigação e de desenvolvimento de benchmarking estratégico; bons conhecimentos de sistemas de informação; experiência em gestão de Empresas do sector privado”.*

(ULSM III)

O Técnico Superior do ACeS Cova da Beira aponta a estes gabinetes a mais-valia:

- *“Centralização dos serviços partilhados, permitindo otimizar recursos humanos e financeiros”.*

Ainda para alcançar o objectivo 1, na Tabela 5 expõem-se as competências dos GAG estudados.

Tabela 5 - Principais Competências do GAG

Unidade de Saúde	Informantes/competências dos GAG
ULS Baixo Alentejo, E.P.E.  (Caso 1)	Técnico Superior I  - <i>“Recolha e validação de dados para resposta às solicitações internas e externas.”</i>
	Chefe de Divisão  - <i>“O Serviço de Produção, Controlo e Informação para a Gestão, engloba o serviço de estatística, controlo da produção e de custos, bem como a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) do Departamento do Agrupamento dos Centros de Saúde (DACES). Este serviço centraliza e é responsável pelo desenvolvimento de sistemas de controlo de gestão e de avaliação do desempenho de modo a garantir uma visão integrada da actividade da ULSBA e em perfeita articulação com os seus objectivos estratégicos.</i>  - <i>Dar apoio ao director executivo, ao conselho clínico do ACES e às unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários e secundários. Dar apoio ao Conselho de Administração da ULS. Prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão, colaborar na elaboração dos planos de desempenho, planos de actividade e orçamentos e acompanhar a respectiva execução, acompanhar a execução dos contratos programas, nomeadamente acompanhar a execução face aos objectivos, às metas estabelecidas bem como dos indicadores de qualidade e eficiência, no sentido de evidenciar desvios e analisá-los, preenchimento mensal dos mapas no SICa, e responder a todos os pedidos quer internos quer externos, etc.”</i>
	Técnico Superior II  - <i>“As principais competências do gabinete são essencialmente ligadas à área da estatística e recolha de informação, prestando apoio, quer aos órgãos de administração da ULSBA, quer ao Conselho Directivo do DACES, no que se refere ao acompanhamento do contrato-programa e do processo de contratualização dos cuidados de saúde primários. O gabinete recolhe e efectua ainda o tratamento de informação relativa a controlo de custos de medicamentos, mcdt’s e material de consumo clínico, bem como colaborando em outras incitativas sempre que solicitado para tal.”</i>
	Assistente Técnica  - <i>“Apoio aos Órgãos de Administração da ULSBA e ao conselho directivo DACES, ao nível da informação estatística e de acompanhamento do processo de contratualização, pedidos externos e internos.”</i>

Unidade de Saúde	Informantes/competências dos GAG
ULS Matosinhos, E.P.E.	<p>Técnico Superior I</p> <p>- <i>“Produzir informação atempada e de qualidade, com o objectivo de apoiar a tomada de decisão por parte do Conselho de Administração.”</i></p>
(Caso 2)	<p>Técnico Superior II</p> <p>- <i>“Produzir informação tempestiva e de qualidade, com o objectivo de apoiar a tomada de decisão por parte da Gestão de Topo, portanto, CA.”</i></p>
	<p>Técnico Superior III</p> <p>- <i>“Produzir informação tempestiva e de qualidade, com o objectivo de apoiar a tomada de decisão por parte da Gestão de Topo, portanto, CA.”</i></p>
ULS Castelo Branco, E.P.E.	<p>Técnico Superior</p> <p>- <i>“Elaboração do Plano de Desempenho e seu Acompanhamento, relatório internos de avaliação de produção, relatório e contas, medição e controle do Contrato programa, pareceres de viabilidade económico-financeira, apresentação dos resultados às várias áreas de produção hospitalar, controle financeiro (principalmente aos indicadores do Contrato programa), estudos de apoio à decisão.”</i></p>
(Caso 3)	
ACeS Cova da Beira	<p>Técnico Superior</p> <p>- <i>“As previstas no Dec-Lei 28/2008 de 22 de Fev. Artigo 36.º”</i></p>
(Caso 4)	

Técnico Superior

ACeS Baixo  
Vouga 2

(Caso 5)

- *“De acordo com o previsto no art. 36º, do DL 28/2008, de 28/02, “a unidade de apoio à gestão, organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, presta apoio administrativo e geral ao director executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais, cabendo -lhe designadamente:*

- a) Prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES;*
- b) Acompanhar a execução dos contratos -programa celebrados entre o ACES e o Conselho Directivo da ARS, I. P.;*
- c) Colaborar na elaboração dos planos de actividade e orçamentos e acompanhar a respectiva execução;*
- d) Analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respectivos relatórios anualmente e quando solicitados pelo director executivo;*
- e) Monitorizar e disponibilizar informação sobre facturação e prescrição;*
- f) Assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afectos ao ACES e garantir o controlo de consumos;*
- g) Assegurar o aprovisionamento, gestão e controlo de vacinas, contraceptivos e demais medicamentos e material de consumo clínico;*
- h) Coordenar os serviços de segurança, apoio e vigilância ao ACES e suas unidades funcionais.*

*Assim, e em suma, a UAG concentra os serviços da área administrativa/gestionária do agrupamento de centros de saúde (ACES) que apoiam a acção do seu director executivo, do conselho clínico e das várias unidades. Tendo os ACES autonomia administrativa e sendo a descentralização da gestão para o nível local uma das vertentes importantes da reforma, a UAG assume-se como o serviço de retaguarda capaz de levar a cabo esta descentralização.”*

---

Técnico Superior

ULS Alto  
Minho, E.P.E.

(Caso 6)

- “Elaborar a informação económica e financeira para os fins internos e externos, dando cumprimento aos deveres de informação periódica, nos termos da lei*
- Estruturar, implementar e monitorizar um sistema de controlo dos objectivos, de forma geral e sistemática, e atendendo a solicitações específicas do órgão de gestão*
- Elaborar a informação de controlo da execução orçamental, dando cumprimento aos deveres de informação periódica, nos termos da lei*
- Apoiar os membros do Conselho de Administração nas matérias em que for solicitada colaboração*
- Elaboração e acompanhamento de projectos de financiamento”*

---

## 7.2.2 Informação e Tomada de Decisão

Individualmente cada um de nós necessita de informação que melhore o seu conhecimento para agir no dia-a-dia. O indivíduo concretiza acções e toma decisões através da detenção de informação. A informação torna-se indispensável para toda a actividade humana. Ao comunicar uns com os outros, essa comunicação faz-se através de troca de informação (Gouveia e Ranito, 2004).

Neste sentido informação é definida, segundo Amaral (1994), como sendo um conjunto de dados que quando fornecido de forma e a tempo adequado, melhora o conhecimento da pessoa que o recebe ficando ela mais habilitada a desenvolver determinada actividade ou a tomar determinada decisão.

No quotidiano o recurso à informação apresenta-se cada vez mais emergente. Esta importância torna-se ainda mais relevante quando se trata de informação no interior de organizações, tornando-se num dos factores mais determinantes para o seu bom funcionamento (Gouveia e Ranito, 2004). As características intrínsecas da informação determinam o valor e qualidade da mesma.

A informação constitui, assim, um instrumento de gestão das organizações (Zorinho, 1991), apresentando-se indispensável para a obtenção de vantagens competitivas, influenciando o êxito da sua actividade (Porter, 1985).

Com o propósito de perceber a importância da informação que é fornecida pelos GAG para a tomada de decisão nas unidades integradas de cuidados de saúde, todos os participantes no estudo corroboram da opinião que esta informação comporta um papel fundamental. A Chefe de Divisão do GAG da ULBA, E.P.E. refere:

*- “Sem, dúvida, uma vez que a informação prestada tem a ver com a monitorização que é feita a nível da actividade e dos objectivos contratualizados, em sede de contrato programa, monitorização esta feita mensalmente, em que são calculados os desvios, identificados e enviados para os membros do C.A. e dos órgãos executivos do ACES, no sentido de, em reunião, com os serviços encontrarem-se medidas correctivas para eventuais desvios.”*

O processo de tomada de decisão numa organização tem implícito a aglomeração de dados e informação dando origem ao fluxo de dados ressarcindo diferentes processos de tomada de decisão.

O planeamento é considerado como o aspecto fundamental da gestão sendo o desempenho dessa função uma das principais actividades de um gestor (Koontz, Weihrich e Kreitner, citados por Amaral, 1994).

Neste sentido, Gouveia e Ranito (2004) apontam para a existência dentro das organizações de diferentes níveis de responsabilidade, estratégico, tático e operacional originando assim vários níveis de decisão. O nível estratégico comporta informação com grau de complexidade elevado apoiando decisões de longo prazo, já o nível operacional comporta um tipo de informação com um grau de complexidade pequeno, mas imprescindível à actividade da organização suportando decisões a curto prazo.

As opiniões são concordes quando questionados os participantes se essa mesma informação fornecida pelos GAG se encontra na base das decisões estratégicas ou operacionais das unidades de saúde em que estão inseridos. A Técnica Superior II da ULSBA, E.P.E., acaba por rematar a sua opinião exemplificando:

*- “Na elaboração dos planos de acção e de actividades ao nível dos cuidados de saúde primários (área onde colaboro mais activamente) são analisados os dados históricos de cada uma das Unidades Funcionais de modo a adequar as linhas de actuação estratégica e operacional, no sentido de se enfatizar e reforçar a acção em áreas identificadas como mais carenciadas e, nesse sentido julgo que a informação produzida por este gabinete será uma mais-valia ao nível do planeamento estratégico e operacional”.*

A informação pode ser diferenciada dando origem a vários níveis de conhecimento constituídos por dados, informação e conhecimento. Somente a obtenção de dados pode não significar recolha de informação, estes têm de se anunciar como relevantes gerando informação através do resultado da sua análise. Assim, através de uma agregação de dados se obtém informação que ao ser hierarquizada e avaliada, contribui para a tomada de decisão (Gouveia e Ranito, 2004).

Os dados retirados do tipo de aplicações referidas como utilizadas, na sua maioria transversal a todos os gabinetes participantes, são apenas dados, como referido, não constituindo a informação necessária. Deste modo, é manifestada a necessidade de tratamentos desses dados quer para a obtenção de informação útil e de qualidade, quer pela incerteza na sua fiabilidade. Esta situação é comentada pela ULSBA I, E.P.E.:

*- “Existe sempre uma tarefa de validação dos dados de forma a assegurar a sua fiabilidade e utilidade após os extrairmos pois podem ter havido erros de lançamento”. A Chefe de Divisão da ULSBA reforça ainda com o comentário “ Os dados extraídos não são suficientes para elaborarmos a informação que necessitamos. Esses dados ainda necessitam de ser trabalhados.”.*

Ao ser obtida resposta coerente com os restantes participantes a esta questão, alguns deles ainda descrevem que, mesmo com o tratamento necessário dos dados ainda são detectados erros para os quais, que posteriormente, é accionada a sua correcção:

- *“Praticamente toda a informação recolhida carece de tratamento, sendo por vezes necessário efectuar algumas correcções no sentido de a tornar fidedigna, útil e de qualidade”* (Técnica Superior II, ULSBA) e *“o Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da ULSM, quando extrai os dados das aplicações, procede a uma avaliação crítica dos mesmos e quando os registos se revelam correctos, incoerentes ou incompletos, reenvia ao Serviço aplicável para correcção, por forma a que a informação a reportar seja o mais fiável possível.”*

De facto, tomar decisões é uma das principais funções ou um dos principais papéis a desempenhar pelos gestores das organizações (Kreitner, citado por Amaral, 1994; Davis e Olson, 1985).

Ao longo dos tempos, diversas escolas de pensamentos abordaram o processo de tomada de decisão. A Escola Cognitiva, segundo Gouveia e Ranito (2004), ostenta uma visão de que o gestor, dotado de conhecimento, possui o papel de apreender situações e de definir soluções. As suas ferramentas são programas inteligentes de onde se extrai o conhecimento dos dados e informação disponível, aumentando a eficácia e eficiência da organização.

Para reduzir a dúvida no processo de decisão é necessário deter pleno conhecimento sobre o objecto sobre o qual se ambiciona actuar concluindo-se assim, que a informação como veículo para a obtenção de conhecimento é inseparável do processo de gestão (Amaral, 1994). A informação afigura-se como elemento imprescindível em qualquer dos momentos do processo de decisão.

Quando questionados se o tratamento de dados se insere no âmbito das funções atribuídas ao GAG, os inquiridos são concordes na resposta. Todos os informantes são da opinião que sim. Ainda assim é afirmado pela Técnica Superior I, ULSBA:

- *“ (...) mediante os objectivos desse tratamento de dados, e também mediante a disponibilidade efectiva dos dados”* descreve esse tratamento como moroso
- *“Por vezes demora-se tanto tempo a recolher, detectar erros, fazer pela sua correcção, comparação de base de dados e apuramento das divergências que não sobra muito tempo para tratar os dados, isto é, aplicar ferramentas estatísticas específicas”*.

Todavia, ao ser solicitado aos entrevistados para quantificar, em termos percentuais, o peso do tempo dispendido com a recolha e tratamento dos dados face ao dispendido com a informação constituída a partir dos mesmos, as opiniões dividem-se, apresentando-se extremas, abaixo dos 50% e substancialmente acima.

Os participantes da ULM referem *“30% - 40%”*, conjuntamente com o ACeS BV2 *“50%, aproximadamente”*. Os restantes participantes consideraram valores bastante superiores,

chegando a Técnica Superior I, ULSBA, mesmo a exaltar a escassez de tempo para a conclusão da análise *“Recolha e tratamento dos dados - 90%.*

Esta Técnica sublinha ainda que:

*“A maior parte das vezes não sobra tempo para analisar os dados e/ou retirar conclusões acerca dos mesmos. A informação é produzida, validada e enviada para quem a solicitou, à qual remetemos também a respectiva análise”.*

Quando questionados sobre as dificuldades efectivas dos GAG, torna-se evidente que algumas delas estão relacionadas com o acesso à totalidade de fontes de informação existentes, acesso este relatado pela Assistente Técnica, ULSBA, como restrito:

- *“...um ponto fraco é o reduzido acesso a todas as fontes de informação”,* sendo constituído ao mesmo tempo, por parte da entrevistada Técnica Superior II, ULSBA, uma sugestão de melhoria para a actividade dos GAG, referindo:

- *“O ponto fraco parece-me ser o ainda reduzido acesso a todas as fontes de informação cujo incremento constitui a sugestão para um melhor desempenho deste tipo de gabinetes”.*

Contudo foi nesta parte que o maior número de pontos fortes foi identificado aos GAG pelos informantes rebatendo a sua consideração no seio das organizações de saúde associada à tomada de decisão e a sua relação com os dados e a informação, pelo que esta última constitui o suporte destas organizações e é um elemento essencial e indispensável.

*“- Divulga e avalia a informação através de uma análise contínua;*

*- Responde claramente a todas as dúvidas e ambiguidades;*

*- Presta informação fiável em tempo oportuno, para apoio à gestão na tomada de decisão em tempo útil”.*

(Chefe de Divisão, ULSBA)

*-“Penso que o principal ponto forte dos GAG passa pela existência de uma estrutura que reúne e congrega informação diversificada, uniformizando o seu tratamento e divulgação de modo a facilitar a tomada de decisão”.*

(Técnica Superior II, ULSBA)

*- “Centralização do centro de decisão”.*

(ACeS Cova da Beira)

- *“Permite conhecer o desempenho da actividade hospitalar e cuidados de Saúde primários, de modo a tomar decisões para eventuais desvios em relação aos objectivos traçados. Atendendo a que os incentivos financeiros desta ULS são de cerca de 8 milhões de Euros é fundamental um correcto acompanhamento dos objectivos do contrato programa”.*

(Técnico Superior, ULSCB)

É assim evidenciada a importância da relação existente entre os Gabinete de Apoio à Gestão inseridos em Unidades de Saúde e a Tomada de Decisão. Assiste-se desta forma a uma reestruturação organizacional ao nível das organizações de Saúde, fazendo-se dispor de informação de qualidade e fidedigna e em momento oportuno adquirindo vantagens competitivas conseguindo ganhos de oportunidade.

### 7.2.3 Sistemas de Informação de Apoio à Decisão

Um Sistema de Informação, de acordo com Amaral (1994), trata-se de uma combinação de procedimentos, informação, pessoas e TI, organizadas com o intuito de atingir objectivos dentro de uma organização, apresentando, segundo Gouveia e Ranito (2004), como principal objectivo apoiar a tomada de decisão, regulando a qualidade de dados e informação e suportando o fluxo de informação interno e externo numa organização.

Os Sistemas de Informação de uma organização são elementares para o bom funcionamento da mesma, sendo a informação reconhecida como um recurso que apresenta um ciclo de vida, assim como valor, que devem ser orientados de maneira idêntica aos restantes recursos da organização (Amaral, 1994).

Ao ser avaliada a importância e o impacto dos Sistemas de Apoio à Decisão, como ferramenta a utilizar pelos GAG, todos os participantes concordaram na mais-valia para a actividade que desenvolvem, a disponibilização de sistemas de informação, consideradas como uma importante fonte de vantagem competitiva.

Quando questionados acerca da adaptabilidade das ferramentas de que dispõem para a recolha de informação, referem:

- *“...ainda são insuficientes”* (Técnico Superior, ACeS Cova da Beira).

A técnica Superior do ACeS BV2, enfatiza a importância dos sistemas de informação para o progresso da reforma dos cuidados de saúde primários, evidenciando a existência, mesmo que insuficiente, de progressos nessa área:

- *“Têm havido progressos significativos neste domínio, mas ainda assim, há aspectos que deviam ser aperfeiçoados. Na verdade, os sistemas de informação e os respectivos suportes tecnológicos constituem, neste momento, um dos factores mais críticos para o avanço da reforma cujos principais obstáculos e fragilidades importa superar.”*

O técnico superior da ULSCB. relata:

- *“Não, o SONHO tem já mais de 20 anos, ainda em ambiente Oracle 6 e com muitas limitações no tratamento dos dados.”*

Por seu lado a Técnica Superior I da ULSBA refere:

- *“Nem sempre. Muitas vezes já tive de utilizar ferramentas de que disponho a nível pessoal para realizar alguns estudos mas mais na parte de tratamento dos dados.”*

Mesmo quando a Técnica Superior II da ULSBA menciona *“...Sim, julgo que as ferramentas serão as adequadas (...)”* inclui o comentário, *“... se bem que no meu entender seja ainda possível implementar algumas melhorias, no sentido de facilitar a recolha de informação agilizando todo o processo.”*

As aplicações referidas pelos participantes como as utilizadas para extrair dados necessários à actividade dos GAG são basicamente semelhantes entre eles, SINUS, SONHO, SIARS (congregando a informação do SINUS, SAM e SAPE), SIDC, SGTD (Sistema de Gestão de Transporte de Doentes), WEBGDH (Portal de Codificação Clínica e dos GDH), GIAF, SICA, ALERT-ADW, SIGLIC, BARCCU (Sistema de Rastreio do Cancro do Colo do Útero) e CPC|HS. Desta forma, conclui-se que, trabalhando todos sobre a mesma base, as respostas podem ser comparadas.

É nesta matéria que, quando confrontados os entrevistados acerca da opinião pessoal relativa aos pontos fortes e fracos, se torna evidente que no seio destes gabinetes, é preponderante a ideia, já expectante no decorrer da entrevista, de que os sistemas de informação disponíveis são insuficientes e obsoletos, não se adequando à actividade desenvolvida, não beneficiando as necessidades de informação destas organizações, sendo mesmo instigado pela Técnica Superior da ULSAM como:

- *“Primordial o desenvolvimento de uma aplicação de Business Intelligence”*.

Os três membros entrevistados do GAG da ULSM partilham essa mesma opinião entre eles, particularizando mesmo, quando respondem:

- *“Sistemas de informação obsoletos (nomeadamente SONHO)”*.

Todas as respostas são convergentes neste sentido:

- *“Verifica-se a incapacidade por motivos técnicos (limitações das aplicações informáticas, por exemplo a nível do SIARS, verifica-se algum desfasamento no atraso de carregamento dos dados que acarreta alguns constrangimentos) de efectuar*

*análises de controlo com a rapidez suficiente para suportar a tomada de decisão e actuar em tempo útil com acções correctivas.*

*- A dificuldade na construção de vários cenários pode levar tanto tempo a recolher, tratar e formatar a informação que podem levar a tomadas de decisão baseadas em informação insuficiente ou desactualizada e os benefícios obtidos não compensar em geral o esforço dos vários intervenientes no processo.”*

(Chefe de Divisão, ULSBA)

O técnico superior da ULSCB particulariza mesmo este défice aos dois níveis de cuidados quando afirma “ (...) os Sistemas de informação muito incipientes quer no hospital quer nos centros de saúde (ACES)”. Condizente também com a Técnica Superior da ULSAM quando recomenda relativamente os GAG:

*- “Imprescindível será disporem de ferramentas facilitadoras, essencialmente na recolha da informação”.*

A informação é um factor decisivo na gestão, tornando-se cada vez mais numa necessidade crescente para o sector da Saúde, enfrentando diariamente novas situações que constituem ameaças e/ou oportunidades.

Os Gabinetes de Apoio à Gestão são assim descritos como peça fundamental na estrutura organizacional destas unidades de saúde, assim como no apoio à tomada de decisão, tornando mais eficaz o conhecimento do seu meio envolvente.

O reconhecimento da importância da informação e do aproveitamento das oportunidades oferecidas pela tecnologia é notório na opinião dos inquiridos no presente estudo.

É defendido que a gestão de informação deve assentar em Sistemas de Informação, ou seja, são necessárias mudanças profundas a este nível para agilizar este fluxo de informação, convertendo a sua disseminação mais eficiente, gastando menos tempo e menos recursos, e assim facilitar a tomada de decisão.



## 8 Conclusões e Implicações

A Informação assume hoje em dia uma importância crescente. Ela torna-se fundamental ao nível de todas as organizações ao qual o sector da Saúde não é alheio, tanto na descoberta e introdução de novas tecnologias, como na exploração das oportunidades de melhoria do desempenho e ainda do planeamento de toda a actividade, assim como na monitorização e consequente cumprimento dos objectivos contratualizados.

Neste contexto a agitação de acontecimentos externos obriga as organizações a enfrentar novas situações, resultado de mudanças que constituem ameaças e/ou oportunidades para o novo tipo de gestão que estas Unidades de Saúde enfrentam. Deste modo, tomar decisões exige hoje a qualquer gestor estar bem informado e conhecer o mundo que o rodeia. O aumento da complexidade do meio envolvente estimula a necessidade de obter os melhores recursos e ao mesmo tempo o de otimizar a sua utilização.

Face ao exposto, o objectivo da presente investigação incidiu na análise do contributo na tomada de decisão dos Gabinetes de Apoio à Gestão em Unidades Integradas de Cuidados de Saúde e a sua relação com os Sistemas de Informação.

Para alcançar os objectivos propostos e responder à questão primária que norteou todo este estudo, ou seja, o de avaliar qual o papel dos GAG na tomada de decisão em unidades de saúde, recorreu-se a uma abordagem qualitativa, através do método de análise Delphi. A informação foi recolhida com recurso a entrevistas obtendo representatividade geográfica e abrangendo os dois níveis de integração, vertical e horizontal.

Os participantes deste estudo foram membros afectos aos GAG da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. localizada na cidade de Beja, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E., da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., da Unidade Local de Saúde do Alto Minho localizada na cidade de Braga, do Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira localizado em Belmonte e do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga 2 localizado em Aveiro.

Atendendo aos objectivos propostos neste trabalho foi adoptada uma análise interpretativa da informação, ou seja, pretendeu-se uma caracterização destes gabinetes ao nível dos recursos humanos, assim como perceber, através de questões directas, o tipo e volume de informação trabalhada.

Ao mesmo tempo foi possível fazer uma comparação entre diversas unidades de saúde e verificar a discrepância de recursos existentes entre elas, mesmo apresentando uma dimensão semelhante. Nesta perspectiva foram apontadas como principais dificuldades sentidas pelos entrevistados a escassez de recursos humanos assim como a desmotivação dos mesmos.

Por outro lado, a centralização dos serviços partilhados, no caso particular dos ACeS, é vista como uma mais-valia. São aludidas aos elementos destes gabinetes características como competência técnica, polivalência de funções e profundos conhecimentos do sector da Saúde e das diversas estruturas que compõem o SNS, assim como a sua capacidade de investigação.

Relativamente ao objectivo de analisar se a informação fornecida pelos GAG apresenta um papel fundamental no processo de tomada de decisão das organizações de saúde todos os elementos participantes no estudo são da opinião de que esta informação é primordial e que é a base da decisão, quer ao nível estratégico, quer ao nível operacional.

Os informantes têm consciência de que os dados retirados das principais bases de dados disponíveis nas unidades de saúde, como o SONHO, SINUS e SIARS, são dados que na sua maioria não constituem a informação necessária às solicitações, exigindo sempre tratamento desses mesmos dados para obtenção de informação útil e de qualidade. No entanto este tratamento de dados é tido como fazendo parte das funções atribuídas aos GAG.

Por último, este ponto foi identificado como de extrema relevância, já que foi relevado por todos os entrevistados a importância destes gabinetes no seio das organizações de saúde e no seu processo de tomada de decisão.

Quanto à apreciação do impacto dos Sistemas de Apoio à Decisão como ferramenta de trabalho utilizada pelos GAG, assim como as suas consequências no processo de tomada de decisão, verificou-se que a disponibilidade de Sistemas de Apoio à Decisão é vista como uma mais-valia para o trabalho desenvolvido por estes gabinetes. Reconheceu-se ainda que as ferramentas disponíveis não são de todo as mais adequadas, constituindo um dos factores críticos de sucesso convertendo-se, em fragilidades e impedimentos às reformas preconizadas para o Sistema de Saúde.

As evidências empíricas permitiram ainda concluir que as aplicações disponíveis são caracterizadas como incipientes, débeis e obsoletas e só através de uma estratégia multidimensional de modernização das infra-estruturas informáticas da Saúde, com a coordenação baseada na implementação de Sistemas de Apoio à Decisão, é possível minimizar as dificuldades que se tornam num obstáculo à divulgação de informação e apoio à decisão.

Tudo isto é possível minimizar se existir uma coordenação eficiente e modernização dos processos de recolha e análise de dados com a normalização dos sistemas de apoio à gestão e, possivelmente, com um tipo de aplicação mais particular e específico.

Finalmente, este estudo não esteve isento de limitações. No decorrer da formulação do presente trabalho a principal limitação verificada foi a falta de estudos relacionados e a consequente dificuldade para a fundamentação teórica, resultado da recente formação dos GAG em unidades de saúde. Esta constatação surge com a implementação do modelo empresarial atribuindo-lhe as características que lhe são conferidas actualmente e não como meros fornecedores de dados como até então.

Contudo, relativamente à recolha da informação, conclui-se que as entrevistas foram de fácil articulação devido à motivação demonstrada pelos elementos entrevistados, realçando a sua disponibilidade para participar nas rondas realizadas. Deste modo considera-se que a metodologia aplicada foi a mais adequada ao estudo devido à especificidade da população alvo. Por outro lado a recolha de informação através de entrevistas permitiu ainda aos entrevistados explanarem abertamente as suas experiências enquanto membros dos GAG, instituindo o ponto forte e inovador da presente investigação.



# Bibliografia

- Almeida, H. (1999): “A unidade funcional de saúde - impacto nos barómetros do sistema de saúde português”, *XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Amaral, L. (1994): “PRAXIS - Um Referencial para o Planeamento de Sistemas de Informação”, Tese de Doutoramento, Universidade do Minho.
- Arsham, H. (2002): “Applied Management Science, Making Good Strategic Decisions”. Disponível em <http://home.ubalt.edu/ntsbarsh/opre640/opre640.htm>.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J.S. e Pires, S. (2002): “O sector da saúde em Portugal: o funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional”, Policopiado, oficina do CES. N.º 182. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Barros, J. (2008), “As Hipóteses nas Ciências Humanas – Considerações sobre a natureza, funções e usos das hipóteses”, *Revista Sísifo, Revista de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa*, No. 7, pp. 151-162.
- Baruchson Arbib, S., e Bronstein, J. (2002): “A view to the future of the library and information science profession: A Delphi study”. *Journal of the American society for information science and technology*, 53(5), pp. 397-408.
- Biscaia, A., Martins J., Carreira M., Fronteira I., Antunes A., Ferrinho P. (2008): “*Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para Novos Sucessos*”. 2ª Edição, Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Bonczek, R. H., Holsapple, C. W. e Whinston, A. B. (1980): “Future directions for developing Decisions Support Systems”, *Decision Sciences*, 11(4), pp. 616-631.
- Bruggen, G. V. e Wierenga, B. (2001), Matching management support systems and managerial problem-solving modes: The key to effective decision support, *European Management Journal*, 19(3), pp. 228-238.
- Carvalho, M. (2008): “*Gestão e Liderança na Saúde - uma abordagem estratégica*”, Grupo Editorial Vida Económica.
- Charlton, J. R. H. (2004): “Delphi technique”. In M. S. Lewis-Beck, A. Bryman & T. F. Liao (Eds.), *The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods* (Vol. 1). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Citroen, C. L. (2011), The role of information in strategic decision-making, *International Journal of Information Management* (in press).
- Costa, C. (2005): “Produção e Desempenho Hospitalar Aplicação ao Internamento”, Tese de Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Administração de Saúde pela Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

- Curtright, J., Stolp-SMITH, S., Edell, E. (2000): “Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo clinic”, *Journal of Healthcare Management*, 45(1), pp. 58-68.
- Decreto-lei n.º 101/2006. D.R. 1.ª Série A - N.º 109 (2006-06-06): Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Decreto-lei n.º 28/2008. D.R. 1.ª Série A - N.º 38 (2008-02-22): Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde
- Decreto-lei n.º 318/2009. D.R. 1.ª Série – N.º 212 (2009-11-02): Criação da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.
- Donabedian, A. (1980): “Methods for Deriving Criteria for Assessing the Quality of Medical Care”, *Medical Care Review*, 37(7), pp. 653-698.
- Evans R.G. (1984): “*Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*”, Butterworths, Toronto, 1984.
- Fortin, M. F. (1999) “*O Processo de Investigação da concepção à realização*”, Loures, Lusociência.
- Gorry, G. A., M. S. Scott Morton (1971): “A Framework for Management Information Systems”, *Sloan Management Review*, pp. 55-70.
- Gouveia, L. B. e Ranito, J. (2004): “*Sistemas de Informação de Apoio à Gestão*”, SPI - Sociedade Portuguesa de Inovação.
- Guicheleae, P. J. (1993), *Design for Manufacturability*. American Society of Mechanical Engineers, New York.
- Hider, P. e Pymm, B. (2008): “Empirical research methods reported in high-profile LIS journal literature. *Library & Information Science Research*, 30(2), pp. 108-114.
- Hofmarcher, M., Oxley, H., Rusticelli, E. (2007): “Improved Health System Performance Through Better Care Coordination”, *Organisation for Economic Co-operation and Development Health Working Papers*.
- Howze P.C. & Dalrymple C. (2004): “Consensus without all the meetings: using the Delphi method to determine course content for library instruction”. *Reference Services Review*, 32(2), pp. 174-184.  
<http://www.decision-making-confidence.com/decision-making-models.html>
- Jacobs P. (1974): “A Survey of Economic Models of Hospitals”. *Inquiry*, 11(2), pp. 83-97.
- Keen, P. G. W. e M. S. Scott Morton (1978): “*Decision Systems: an organizational perspective*”, Reading, Addison - Wesley.
- Lakatos, M. e Marconi, M. (1990): “*Fundamentos de Metodologia Científica*”, 2ª Edição Revista e Ampliada, Editora Atlas S.A., São Paulo.
- Leatt, P., Pink, G., Guerriere, M. (2000): “Towards a Canadian model of integrated healthcare, in Leatt, P. (Eds)”, *Healthcare Papers*, Longwoods Publishing, Toronto.
- Lucena, D., Gouveia, M., Barros, P. (1996): “O que é diferente no sector da saúde?” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14 (3), pp.21-23.

- Martinsons, M. G. e Davidson, R. M. (2007), Strategic decision making and support systems: Comparing American, Japanese and Chinese management, *Decision Support Systems*, 43, pp. 284-300.
- McDermott, D. D. *Decision Making Models Overview*
- McNurlin, B. C. e Sprague, R. H. (2004), *Information Systems Management in Practice*, 6<sup>th</sup> Ed., Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Meho, L. (2006): “E mail interviewing in qualitative research: A methodological discussion”. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57 (10), pp. 1284-1295.
- Nóbrega S. (2004): “A Visão Estratégica para a Rede SA”. Unidade de Missão Hospitalar SA, Lisboa, 2004.
- Okoli, C. e Pawlowski, S. (2004): “The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications”. *Information & Management*, 42(1), pp.15-29.
- Pew Health Professions Commission: “Recreating health professional practice for a new century: The Fourth Report of The Pew Health Professions Commission”, San Francisco: The Pew Health Professions Commission, December 1998.
- Pollit, D. e Hungle, B. (1995): “*Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud*”, Mexico, 3<sup>a</sup> Ed. Graw-Hill: Interamericana Mc.
- Porter, M.E. (1985): *Competitive Advantage*, The Free Press, New York.
- Portugal, Assembleia da República, Lei nº 27/2002: Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, Diário da Republica, I Série - A, 258, de 8 de Novembro.
- Portugal, Ministério da Saúde, Lei nº.48/90: Lei de Bases da Saúde, Diário da República, I Série, 195, de 24 de Agosto, 3 452-3 459.
- Kristina L. (2010), The Entrepreneurial Manager in Health Care Organizations, *The Business Review, Cambridge*, 15(2), pp. 11-18.
- Reynolds, J., Crichton, N., Fisher, W., & Sacks, S. (2008): “Determining the need for ethical review: a three-stage Delphi study”. *Journal of Medical Ethics*, 34 (12), PP. 889-894.
- Ribeiro J.M. (2004): “*Hospitais SA: Balanço do primeiro ano de Empresarialização*”. Unidade de Missão Hospitalar SA, Lisboa, 2004.
- Rouban, L and Ziller, J. (1995) : “De la modernisation de l’administration a la reforme de l’ état”, in “Les administrations en Europe: d’une modernisation à l’autre”, *Revue Française de L’administration Publique*, 75, pp. 345-354.
- Sakellarides, C (2006): “Saúde e Inovação Lisboa, 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (2). Pp. 2-4.
- Saltman, R., Figueras, J. (1998) : “Analyzing the evidence on European health care reforms”, *Health Affairs (Millwood)*.
- Santana, R. e Costa, C. (2008), A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais, *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 7, pp. 29-56.

- Saunders, L. (2009): “*The future of information literacy in academic libraries: A delphi study*”. Portal: Libraries and the Academy, 9(1).
- Silva A. (2003): “Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização, Factores Críticos do Contexto Português”, Tese para obtenção do grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas.
- Simon, H.A. (1977): “*Administrative Behavior*”, MacMillan, 1947, 2ª Edição.
- Stoner, J., Freeman, R., Gilbert D. (1997): “*Management. New Delhi*”, Prentice-Hallm.
- Suter, E., Hyman, M., Oelke, N. (2007): “Measuring key integration outcomes: A case study of a large urban health center”, *Health Care Management Review*, 32(3), pp. 226-235.
- Turban, E., Aronson, J. (1998): “*Decision Support Systems and Intelligent Systems*”, Prentice-Hall, New Jersey.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, *Business Plan, 2009-2011*.
- Vuori, H. (1983): “Primary health care in Europe: problems and solutions”. In *Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care*, 6, Tokyo: Japanese Society of Primary Health Care.
- Warren, C. A. B. (2004): “Interviewing in qualitative research. In M. S. Lewis-Beck, A. Bryman & T. F. Liao (Eds.)”, *The Sage encyclopedia of social science research methods* (Vol. 2). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Winzenried, A. (1997): “Delphi Studies: The Value of Expert Opinion Bridging the Gap-Data to Knowledge”. Paper presented at the Information rich but knowledge poor?: emerging issues for schools and libraries worldwide : research and professional papers presented at the 26th annual conference of the International Association of School Librarianship.  
<http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED412971>
- Zorrinho, C. (1991): “*Gestão da Informação*”, Editorial Presença, Lisboa.

## Recursos na Internet

- <http://home.ubalt.edu/ntsbarsh/opre640/opre640.htm>
- <http://www.decision-making-confidence.com>
- <http://tutor2u.net/business/organization/decisionmaking.htm>
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Decision\\_making](http://en.wikipedia.org/wiki/Decision_making)
- <http://www.dssresources.com>
- <http://www.acss.pt>
- [http://www.cs.bris.ac.uk/~SolEuNet/Education/dss\\_collection.html](http://www.cs.bris.ac.uk/~SolEuNet/Education/dss_collection.html)
- <http://www.isworld.org/dss/dsteaching.htm>
- <http://mis.ucd.ie/students/ecom9596/lacy/global/links.html>
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Decision\\_Support\\_Systems](http://en.wikipedia.org/wiki/Decision_Support_Systems)
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Herbert-Simon>
- <http://www.decision-makingconfidence.com/9-step-decision-making-model.html>
- [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_de\\_suporte](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_suporte)



# Anexos

## Guião de Entrevista

Identificação da Unidade de Saúde à qual pertence: \_\_\_\_\_

### I

Com o objectivo de identificar qual o papel dos Gabinetes de Apoio à Gestão/ Gabinete de Planeamento nas Unidades Integradas de Cuidados de Saúde, ao nível do processo do planeamento e da capacidade de desempenho:

1. O Gabinetes encontra-se na dependência directa de que órgão da Organização?
2. Com o objectivo de reflexão sobre o esforço necessário para desenvolver as principais actividades de cada Gabinete, solicita-se resposta as seguintes questões:
  - Qual o número total de Recursos Humanos afectos ao Gabinete?
  - Qual a média anual de projectos de investimento são realizado com o apoio do gabinete?
  - Qual o número médio de mapas de gestão produzidos mensalmente?
3. Quais as principais competências do Gabinete?

### II

Com o objectivo de analisar se a informação fornecida pelos Gabinetes de Apoio à Gestão comporta um papel fundamental na tomada de decisão dentro das Unidades Integradas de Cuidados de Saúde:

4. Considera que o tipo de informação que o Gabinete fornece tem um papel fundamental na tomada de decisão na Unidade de Saúde?
5. O tipo de informação que o Gabinete fornece serve de base a opções estratégicas ou operacionais da Unidade de Saúde?

### III

Com o objectivo de avaliar a importância e o impacto dos Sistemas de Apoio à Decisão como ferramenta a utilizar pelos Gabinetes de Apoio à Gestão, e as consequências no processo de tomada de decisão:

6. Quais as aplicações das quais extrai os dados de que necessita para a sua actividade?
7. Considera que o tratamento de dados se insere no âmbito das funções atribuídas ao GAG?

8. Considera que as ferramentas de que dispõe para recolha de informação são as mais adequadas ao tipo de respostas solicitado?
9. Considera que os dados extraídos constituem a informação que necessita, ou é necessário tratá-los por forma a obter informação útil e de qualidade?
10. Em termos percentuais qual o peso que atribui ao tempo dispendido com a recolha e tratamento de dados, face ao dispendido com a análise da informação construída a partir dos mesmos?
11. Considera uma mais-valia para a actividade que desenvolve a disponibilização de Sistemas de Apoio à Decisão?
12. Quais os pontos fortes e fracos que considera mais relevantes nos GAG's e quais as sugestões/recomendações para o seu futuro funcionamento/desempenho?