



**ANA CATARINA
RODRIGUES
FERREIRA**

**MODELO DE PROCESSOS PARA O PROGRAMA
NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL**



**ANA CATARINA
RODRIGUES
FERREIRA**

**MODELO DE PROCESSOS PARA O PROGRAMA
NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica do Doutor Daniel Ferreira Polónia, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Dedico esta dissertação à minha querida avó, aos meus pais e à minha irmã que sempre me apoiaram nos bons e maus momentos, ao longo da minha formação, e que nunca duvidaram das minhas capacidades.

o júri

Presidente

Prof. Doutor António Carrizo Moreira

Professor Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Daniel Ferreira Polónia

Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A concretização desta dissertação só foi possível com o apoio de diversas pessoas e instituições, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização da mesma e a quem não posso deixar de prestar uma palavra de agradecimento.

Em primeiro lugar ao meu orientador, o Professor Daniel Ferreira Polónia, que com o seu saber e a sua experiência fez com tudo isto fosse possível, estando sempre ao meu lado, sempre pronto a receber-me no seu gabinete e a ajudar-me a ultrapassar todas as dificuldades que foram surgindo ao longo dos últimos nove meses.

Um especial agradecimento à minha família, especificamente, aos meus pais pela educação que me proporcionaram, pelo apoio e pelos sacrifícios que fizeram para me possibilitarem a formação académica; à minha irmã pela paciência, pelo afeto e pela amizade que sempre teve para comigo; e à minha avó, sem dúvida a pessoa mais importante que proporcionou a minha vinda para a Universidade de Aveiro e que todos os fins-de-semana esperava ansiosa o regresso da neta a casa.

Destaco, ainda, os colegas e amigos que me acompanharam ao longo da minha vida académica, principalmente a Andreia e a Sandra.

Por fim, agradeço, todo este trabalho às duas pessoas que nos últimos tempos estiveram sempre ao meu lado e com uma palavra amiga nos momentos em que mais precisei:

- A Joana, que de forma “inesperada” se tornou numa das minhas melhores amigas e com quem partilhei alegrias e tristezas nos últimos meses.
- O Nelson, pela enorme paciência que tem tido para comigo, pelo carinho e pelos ensinamentos que me transmitiu, transformando-me numa pessoa mais positiva e lutadora, fazendo-me acreditar que “Não existe cedo ou tarde, certo ou errado, mas antes que as coisas acontecem quando tem de acontecer e nada acontece por acaso”.

palavras-chave

Vouchers, Saúde Oral, Cheque Dentista, Qualidade, Modelo de Processos, Indicadores

resumo

Nos dias de hoje, e com a crescente globalização dos mercados e o ambiente competitivo em que qualquer organização está inserida, tornou-se fundamental analisar e avaliar a qualidade dos serviços prestados aos consumidores, de forma a poder melhorá-los e alcançar uma diferenciação face aos concorrentes.

O presente trabalho teve como objetivo principal analisar um método alternativo, e pouco comum, de prestação e financiamento dos serviços de saúde oral em Portugal – o cheque dentista.

Esta dissertação é composta, essencialmente, por três partes. Uma primeira parte dedicada à revisão da literatura, mais concretamente, ao estudo da gestão da qualidade no sector dos serviços e dos sistemas de *vouchers*.

De seguida foi analisado um tipo de *vouchers* em particular - o cheque dentista - sendo que este faz parte do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral criado pelo Ministério da Saúde e tem como finalidade possibilitar que determinados segmentos da população, previamente selecionados, possam aceder gratuitamente a cuidados de saúde oral.

A terceira e última parte deste documento consistiu na criação e descrição detalhada do Modelo de Processos para o PNPSO, assim como, na definição e cálculo de alguns indicadores de desempenho do respetivo programa.

Como principais contributos deste trabalho destacam-se o estudo aprofundado do PNPSO e a criação do Modelo de Processos e de Indicadores que auxiliem na sua gestão e avaliação.

keywords

Vouchers, Oral Health, Dentist Voucher, Quality, Process Model, Indicators

abstract

This study aimed to examine an unusual alternative method of providing and financing oral health care services in Portugal - the dentist voucher.

This dissertation consists of three parts.

In the first part it is made a literature review on the subject, more specifically, the study of quality management in services and systems of vouchers.

After, it is examined a specific type of vouchers - dental voucher - provided to the public through the National Program for the Promotion of Oral Health (Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral - PNPSO) created by the Health Ministry that aims to enable certain segments of the population to access for free to oral health care services.

Finally, it is set up a proposal for the PNPSO Process Model, including the definition of performance indicators of the respective program.

The main contributions of this work includes the study of the PNPSO and the creation of the Process Model and Indicators that support its management and evaluation.

Índice Geral

ÍNDICE GERAL.....	I
ÍNDICE DE FIGURAS	III
ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS	IV
ÍNDICE DE TABELAS	V
ÍNDICE DE SIGLAS.....	VII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 - METODOLOGIA DE TRABALHO	2
1.2 - ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	4
2. GESTÃO DA QUALIDADE NO SECTOR DOS SERVIÇOS	7
2.1 - EVOLUÇÃO DA QUALIDADE	8
2.1.1 <i>Gestão pela Qualidade Total (TQM)</i>	9
2.2 - MESTRES DA GESTÃO DA QUALIDADE.....	10
2.3 - QUALIDADE EM SERVIÇOS	12
2.4 - QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	13
2.5 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E OS SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE	16
2.5.1 <i>Sistemas de Gestão da Qualidade</i>	18
2.6 - GESTÃO POR PROCESSOS	22
2.6.1 <i>Abordagem por Processos</i>	23
2.6.2 <i>Objetivos e Indicadores</i>	26
2.7 - CONCLUSÕES	28
3. SISTEMAS DE VOUCHERS	31
3.1 - <i>VOUCHERS</i> NA SAÚDE	31
3.2 - OBJETIVOS DOS SISTEMAS DE <i>VOUCHERS</i>	33
3.3 - GESTÃO DOS SISTEMAS DE <i>VOUCHERS</i>	34
3.3.1 <i>Ferramentas de apoio à gestão dos sistemas de vouchers</i>	39
3.4 - VANTAGENS E INCONVENIENTES DOS SISTEMAS DE <i>VOUCHERS</i>	40
3.4.1 <i>Vouchers e seleção adversa</i>	44
3.5 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SISTEMAS DE <i>VOUCHERS</i>	46
3.6 - CASOS DE APLICAÇÃO DE SISTEMAS DE <i>VOUCHERS</i>	49
3.6.1 <i>Aplicações de sistemas de vouchers no sector da educação</i>	49
3.6.2 <i>Aplicações de sistemas de vouchers no sector da saúde</i>	51

3.6.3	<i>Aplicações de sistemas de vouchers no sector da saúde: países de baixos rendimentos</i>	54
3.6.4	<i>Aplicações de sistemas de vouchers em outros sectores</i>	57
3.6.5	<i>Aplicação de sistemas de vouchers em Portugal – o Cheque-Ensino</i>	59
3.7 -	CONCLUSÕES	60
4.	CASO DE ESTUDO PNPSO	63
4.1 -	SAÚDE EM PORTUGAL	63
4.2 -	PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL (PNPSO)	67
4.2.1	<i>Contratualização e Acreditação dos Profissionais de Saúde</i>	68
4.2.2	<i>Financiamento do PNPSO</i>	69
4.3 -	CHEQUES DENTISTA	69
4.3.1	<i>Valor monetário atribuído a cada cheque</i>	72
4.4 -	SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE ORAL (SISO)	73
4.4.1	<i>Estrutura de dados do SISO</i>	76
4.5 -	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PNPSO	78
4.6 -	RESULTADOS PRINCIPAIS DO SISTEMA DE CHEQUES DENTISTA	79
4.7 -	CONCLUSÕES	80
5.	MODELO DE PROCESSOS	83
5.1 -	MODELO DE PROCESSOS PARA O PNPSO	83
5.1.1	<i>Descrição dos Macroprocessos do PNPSO</i>	85
5.1.2	<i>Diagramas de Processos</i>	94
5.2 -	INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DO PNPSO	104
5.2.1	<i>Apresentação de Indicadores</i>	105
5.3 -	CONCLUSÕES	111
6.	CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	113
6.1 -	CONTRIBUIÇÕES	115
6.2 -	PRINCIPAIS RESULTADOS.....	116
6.3 -	LIMITAÇÕES E TRABALHO FUTURO	117
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
8.	ANEXOS	125

Índice de Figuras

Figura 1 – Estrutura da Dissertação	5
Figura 2 - As dimensões da Qualidade em Saúde	15
Figura 3 – O Ciclo PDCA.....	21
Figura 4 – Hierarquização dos processos.	22
Figura 5 – Exemplo da representação gráfica de um processo.....	25
Figura 6 - Diagrama de pagamentos e fluxos de <i>vouchers</i>	36
Figura 7 - Organização dos Sistemas de <i>Vouchers</i> para a Saúde	38
Figura 8 – Procedimentos para avaliação da qualidade de um sistema de <i>vouchers</i>	47
Figura 9 - Principais <i>stakeholders</i> no sector da saúde em Portugal.....	65
Figura 10 – Portal Público do SISO	74
Figura 11 - Principais atores intervenientes do SISO e as suas funções.....	75

Índice de Fluxogramas

Fluxograma 1 – Pedir Adesão ao PNPSO	87
Fluxograma 2 – Cancelar Adesão ao PNPSO	88
Fluxograma 3 – Emissão de Cheques Dentista e Prestação de Cuidados de SO.	89
Fluxograma 4 – Atribuição do cheque ao utente.....	89
Fluxograma 5 – Prestação de Cuidados de SO.....	90
Fluxograma 6 – Cancelar Cheque Dentista	90
Fluxograma 7 – Pagar Cheque Dentista.....	91
Fluxograma 8 – Pagar Prótese Dentária.....	92

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Objetivos dos Sistemas de <i>Vouchers</i>	33
Tabela 2 – Questões a serem tidas em conta para a avaliação dos <i>vouchers</i>	48
Tabela 3 – Grupos-alvo abrangidos pelo sistema de Cheque Dentista.....	72
Tabela 4 – Limite do somatório dos cheques a atribuir por grupo-alvo do PNPSO.....	73
Tabela 5 - Número de utentes SNS beneficiários do PNPSO	79
Tabela 6 – Modelo de Processos do PNPSO.....	84
Tabela 7 – Diagrama do Processo 1.1 - Elaborar PNPSO	95
Tabela 8 – Diagrama do Processo 1.2 - Definir recursos	96
Tabela 9 – Diagrama do Processo 1.3 – Promoção e Marketing.....	96
Tabela 10 – Diagrama do Processo 2.1 – Gestão de Aderentes ao PNPSO	97
Tabela 11 – Diagrama do Processo 2.2 – Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s).....	98
Tabela 12 – Diagrama do Processo 2.3 – Gestão da prestação de cuidados de SO	99
Tabela 13 -Diagrama do Processo 2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentistas ou das próteses dentárias.....	100
Tabela 14 – Diagrama do Processo 3.1-Gerir Recursos	100
Tabela 15 – Diagrama do Processo 3.2-Gerir Informação	101
Tabela 16 – Diagrama do Processo 3.3-Gerir Inconformidades	102
Tabela 17 – Diagrama do Processo 3.4-Auditoria ao PNPSO	103
Tabela 18 – Diagrama do Processo 4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	103
Tabela 19 – Diagrama do Processo 4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO.....	104
Tabela 20 – Modelo de Processos – Macroprocesso Planear e Criar Programa	125
Tabela 21 – Modelo de Processos – Macroprocesso Implementar e Gerir Programa ...	126
Tabela 22 – Modelo de Processos – Macroprocesso Monitorizar Programa	127
Tabela 23 – Modelo de Processos – Macroprocesso Avaliar Programa.....	128
Tabela 24 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão geral	129
Tabela 25 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão sociodemográfica	135
Tabela 26 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão técnica.....	137

Tabela 27 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão financeira.....	139
Tabela 28 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão da qualidade	141

Índice de Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ARS - Administração Regional de Saúde
ARS Alentejo - Administração Regional de Saúde do Alentejo
ARS Algarve - Administração Regional de Saúde do Algarve
ARS Centro - Administração Regional de Saúde do Centro
ARS LVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte
CS - Centro de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CTT - Correios de Portugal
DGS - Direção Geral da Saúde
DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
HO – Higienista Oral
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPQ - Instituto Português da Qualidade
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
ISO - *International Organization for Standardisation*
MF – Médico de Família
MS – Ministério da Saúde
NUTS - *Nomenclature Commune des Unités Territoriales Statistiques*
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OM - Ordem dos Médicos
OMD - Ordem dos Médicos Dentistas
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não-Governamental
PDCA – *Plan, Do, Check, Act*
PIB - Produto Interno Bruto
PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
RNU - Registo Nacional de Utentes
SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade
SI - Sistema de Informação
SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SO - Saúde Oral
SOCJi - Saúde Oral nas Crianças e Jovens (idades intermédias)
SOCJS - Saúde Oral nas Crianças e Jovens

SOG - Saúde Oral nas Grávidas
SOHIV - Saúde Oral em Utentes Infetados com o vírus HIV/SIDA
SOPI - Saúde Oral nas Pessoas Idosas
SOSI - Saúde Oral na Saúde Infantil
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SS – Segurança Social
TC - Tribunal de Contas
TQM - Gestão pela Qualidade Total
USF – Unidade de Saúde Familiar
VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Capítulo 1

1. Introdução

Nesta dissertação de mestrado na área da gestão de qualidade em saúde, pretendendo-se estudar um método alternativo de prestação e financiamento de serviços de saúde no SNS português – o cheque dentista.

O clima que se vive atualmente de constante incerteza, resultante de economias e mercados cada vez mais globalizados e competitivos, levou a que as organizações se preocupassem, cada vez mais, com o seu desempenho e com a qualidade dos produtos ou serviços que oferecem aos consumidores.

No sector da saúde, a complexidade dos serviços característicos deste sector; a elevada quantidade de recursos envolvidos (humanos, materiais e financeiros); as alterações demográficas, como o envelhecimento da população e o aumento das expectativas e das exigências dos utentes sendo necessário adotar medidas, cada vez mais, orientadas para a poluição; constituem algumas das principais razões que incentivaram a prestação de serviços de qualidade e a avaliação destes serviços e do desempenho da respetiva organização ou atores intervenientes.

Posto isto, e com a finalidade de aumentar a procura, a equidade no acesso a determinados bens ou serviços de saúde e melhorar a qualidade dos serviços/produtos de saúde oferecidos, assim como o estado de saúde das populações-alvo têm sido utilizados frequentemente, no sector da saúde e em diversos países, mecanismos específicos, denominados de sistemas de *vouchers*. Estes sistemas podem ser utilizados pelos seus beneficiários como método de pagamento pelos produtos/serviços que receberem/usufruírem.

A presente dissertação apresenta-se como um estudo de caso, uma vez que envolve uma análise aprofundada sobre um tipo de *voucher* em concreto – o cheque dentista – permitindo o seu vasto e pormenorizado conhecimento.

O cheque dentista, criado em 2005, no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), tem como objetivo a diminuição da incidência e da prevalência da cárie dentária. Para tal, os cheques dentista podem ser utilizados pelos seus beneficiários como

forma de pagamento de cuidados de saúde oral que possam receber por parte dos médicos dentistas/estomatologistas aderentes ao PNPSO.

Desde 2005 até 2008 que o PNPSO apenas se centrava em atividades de prevenção e educação e na avaliação da saúde oral e posterior tratamento, caso fosse necessário, de crianças escolarizadas. Desde 2008 que o referido programa sofreu alguns alargamentos, abrangendo neste momento crianças com idades inferiores a 6 anos, e com idades entre os 7 e os 15 anos, grávidas em vigilância pré-natal no SNS, idosos beneficiários do complemento solidário de apoio ao idosos e, mais recentemente, portadores de VIH/SIDA.

Para o bom funcionamento de qualquer sistema de *voucher*, como é o caso do cheque dentista, assim como para o correto planeamento, coordenação, controlo e avaliação de todas as atividades envolvidas, torna-se essencial desenvolver instrumentos de apoio à gestão, à avaliação e à medição para este tipo de programas. Assim, destacam-se como principais alvos dessa gestão, avaliação e medição: os objetivos do programa, os processos, os resultados, bem como as influências e repercussões causadas nas diversas partes interessadas (beneficiários, prestadores, órgãos gestores, financiadores, entre outros).

O objetivo principal deste trabalho consiste, então, na elaboração de um modelo de processos, que facilite o planeamento, a coordenação, a monitorização e avaliação do PNPSO, e na definição de possíveis indicadores, que permitam a avaliação do desempenho dos cheques dentistas.

No modelo de processos serão descritos os principais macroprocessos, processos (e respetivos inputs, outputs, objetivos e intervenientes), subprocessos e atividades que influenciam todo o PNPSO, de forma a permitir uma melhor e mais simplificada compreensão de todo o programa.

1.1 - Metodologia de Trabalho

A metodologia de trabalho utilizada ao longo desta dissertação recaiu na compreensão, análise e descrição de um “estudo de caso” sobre um tipo de *voucher* utilizado em Portugal – o Cheque Dentista.

O presente dissertação foi elaborada a partir de um conjunto de relatórios quinzenais de desenvolvimento de trabalho, apresentados e validados pelo orientador nas diversas reuniões que se verificaram ao longo dos últimos oito meses.

Inicialmente começou-se por efetuar um levantamento bibliográfico e uma análise mais superficial de diversos documentos referentes aos sistemas de *vouchers* e ao PNPSO com a finalidade de existir um primeiro contacto com a temática dos *vouchers*. Mais tarde, esse levantamento alargou-se à área da gestão da qualidade no sector dos serviços.

De seguida procedeu-se a uma análise mais aprofundada dos documentos considerados relevantes para esta dissertação, começando por realizar-se o enquadramento teórico à gestão da qualidade no sector dos serviços e aos sistemas de *vouchers*.

Ao mesmo tempo que se realizava o enquadramento teórico foram, também, sendo analisados diferentes relatórios, legislação e registos escritos acerca do PNPSO, da sua criação e evolução, do modo de funcionamento, dos principais resultados divulgados pelas ARS, entre outros. A junção das análises dos diversos documentos deu origem à descrição do caso de estudo do PNPSO.

Após a descrição do caso de estudo foi identificada como principal lacuna a necessidade de avaliar a qualidade e o desempenho de sistemas de *vouchers*, tendo surgido, assim, a possibilidade de criação do modelo de processos para estes sistemas, tendo como caso de estudo o PNPSO. Mais uma vez, com base na análise documental foram identificados e descritos os macroprocessos, processos e subprocessos, recorrendo-se a algumas formas de representação gráfica (construção de tabelas e fluxogramas com o auxílio do *Microsoft Visio 2010*) para facilitar a sua interpretação e compreensão. Posteriormente foi efetuada uma análise mais detalhada para cada um dos processos identificados, permitindo descrever e representar os processos de uma forma mais simplificada.

De forma a se poderem medir os diferentes processos e, consecutivamente, avaliar a qualidade e o desempenho deste tipo de programas foram identificados e descritos possíveis indicadores.

Finalmente, a junção dos diversos relatórios revistos e corrigidos deu origem ao corpo da presente dissertação.

1.2 - Estrutura da dissertação

A presente dissertação encontra-se organizada em seis capítulos. Para cada um desses capítulos será feita, de seguida, uma pequena descrição à qual se segue uma representação gráfica na Figura 1.

Capítulo 1 - Introdução - neste primeiro capítulo é apresentado uma pequena introdução, onde consta um breve enquadramento teórico à motivação para efetuar o caso de estudo do cheque dentista, os objetivos desta dissertação, a metodologia utilizada e a forma como a mesma está organizada.

Capítulo 2 – Gestão da Qualidade no Sector dos Serviços - neste capítulo é elaborado uma contextualização teórica ao conceito de qualidade, analisando-se a sua evolução histórica e alguns dos principais contributos para a qualidade deixados por diversos autores. De seguida é abordado o conceito da qualidade nos serviços, especificamente, no sector da saúde e a importância que a avaliação da qualidade e a implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade representa para as organizações. Para terminar, e ainda neste capítulo, é debatido um novo estilo de gestão baseado numa abordagem por processos e na definição de objetivos e indicadores para avaliar o desempenho das organizações.

Capítulo 3 - Sistemas de Vouchers – este terceiro capítulo dedica-se ao estudo de mecanismos de financiamento específico que são utilizados para direcionar certos produtos ou serviços para determinadas populações. Assim, é feito um enquadramento teórico dos sistemas de *vouchers* na saúde, dos seus principais objetivos, vantagens e desvantagens. Segue-se uma descrição da importância dos órgãos gestores destes mecanismos e das suas principais funções ou tarefas e, também, da importância do desenvolvimento e implementação de processos de controlo e avaliação dos sistemas de *vouchers*. Este capítulo termina com uma análise de diversos casos de aplicação dos sistemas de *vouchers*.

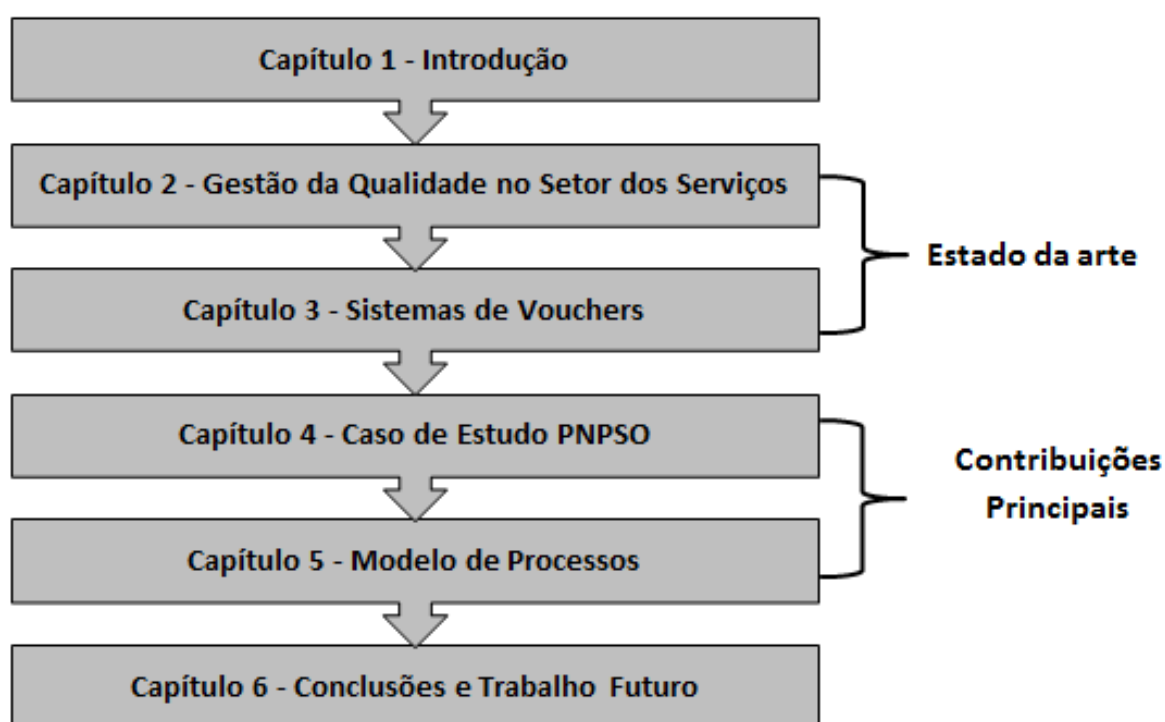
Capítulo 4 - Caso de Estudo PNPSO – todo este capítulo é destinado ao estudo da implementação e operacionalização do programa de cheques dentista em Portugal, onde é revisto o estado da saúde em Portugal, os principais *stakeholders* deste sector e é feita uma referência à saúde oral e aos prestadores de cuidados de saúde oral. Posteriormente é acompanhada a evolução do PNPSO (Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral) e o seu

método de financiamento, bem como as fases de contratualização e acreditação que os prestadores de cuidados de saúde oral têm de passar para poderem aderir ao programa. Segue-se uma referência aos cheques dentistas e à população-alvo que destes poderá beneficiar.

Capítulo 5 - Modelo de Processos - Este capítulo destina-se à elaboração e descrição do modelo de processos para o PNPSO. Assim, são definidos e descritos os principais macroprocessos, processos, subprocessos e atividades que influenciam todo o programa. Cada um dos processos foi ainda descrito/representado através de diagramas onde constam informações relativas aos *inputs*, *outputs*, objetivos, intervenientes e indicadores para avaliar o desempenho do cheque dentista.

Capítulo 6 - Conclusões e Trabalho Futuro - neste último capítulo são apresentadas as principais conclusões, resultados e contribuições desta dissertação, assim como as suas limitações e perspetivas para trabalhos futuros.

Figura 1 – Estrutura da Dissertação



Capítulo 2

2. Gestão da Qualidade no Sector dos Serviços

A qualidade apresenta-se como um conceito bastante subjetivo, existindo diversas definições para este termo que foram evoluindo ao longo dos anos. Atualmente, este conceito representa uma das grandes preocupações para qualquer organização.

Este capítulo tem como principal objetivo apresentar um enquadramento teórico ao termo qualidade, analisando a evolução deste conceito, tendo em conta as cinco fases mais conhecidas da história da qualidade e os contributos dados por diversos autores de referência acerca desta temática.

De seguida será abordada a qualidade no contexto dos serviços, mais concretamente, no sector da saúde, tendo em conta que a qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes representa, cada vez mais, uma das grandes preocupações de qualquer organização ligada a esta área.

Segue-se o estudo da crescente importância atribuída à avaliação da qualidade e à implementação de sistemas de gestão da qualidade, atendendo às normas ISO, podendo, assim, as organizações perceberem com está a ser o seu desempenho e verificarem o que devem melhorar para alcançar os objetivos de qualidade pretendidos.

Finalmente, neste capítulo, será feita uma descrição mais pormenorizada de um dos oito princípios da gestão da qualidade - a gestão por processos. Através deste princípio, as organizações poderão analisar o seu negócio, definindo objetivos e indicadores de forma a poder avaliá-lo e melhorá-lo.

2.1 - Evolução da Qualidade

Qualidade é um conceito bastante discutido, apresentando diversas definições, sendo, atualmente, considerada como uma função formal da gestão de qualquer organização e fulcral para o seu sucesso e sobrevivência.

Segundo Rocha (2006) a história da qualidade pode ser dividida em cinco fases, sendo elas:

- Inspeção da qualidade (1945-1949);
- Controlo estatístico da qualidade (1949-1951);
- Sistema orientado para a garantia da qualidade (1951 até aos finais dos anos 60);
- Controlo da qualidade (desde os finais dos anos 60 até aos anos 80);
- Gestão pela qualidade total (desde os anos 80).

A primeira fase da história da qualidade assenta na inspeção dos produtos, tendo como objetivo seleccionar os que apresentavam defeitos, impossibilitando-os de chegar aos clientes. Esta fase é ainda caracterizada por um problema que foi crescendo ao longo do tempo: a impossibilidade de inspecionar todos os produtos que saíam das linhas de produção das indústrias.

Para se combater o problema levantado na fase anterior, surgiu o controlo estatístico da qualidade, sendo desenvolvidos métodos estatísticos, como as técnicas de amostragem, para controlar corretamente a qualidade dos produtos.

Uma vez consolidada esta fase, o objetivo das organizações deixa de se concentrar apenas no produto final, mas em todo o processo de produção, com o objetivo de melhorar a qualidade do produto e de o adaptar as necessidades dos clientes.

O controlo da qualidade em toda a organização surgiu no final dos anos 60, apostando no estudo do mercado alvo, dos seus desejos e necessidades, convertendo-os em especificações dos produtos, reduzindo-se os custos e controlando-se os processos de produção.

Desde os anos 80 que a qualidade começou a ser entendida como a gestão pela qualidade total. A Gestão pela Qualidade Total (TQM) representa a última fase da história da qualidade, podendo também ser vista como uma alternativa ao sistema tradicional de gestão da qualidade, diminuindo os níveis de hierarquização nas organizações e distribuindo mais equitativamente as funções/responsabilidades dentro das mesmas.

2.1.1 Gestão pela Qualidade Total (TQM)

Nos dias de hoje, mais do que procurar a qualidade, as empresas preocupam-se em atingir a Gestão pela Qualidade Total (TQM). Este conceito pode ser definido como um processo orientado para o cliente que procura a melhoria contínua e ir ao encontro das necessidades dos clientes.

A Gestão pela Qualidade Total, segundo na perspectiva de Thakkar et al. (2006) pode ser dividida em três termos: “gestão”- implica o comprometimento dos gestores de topo; “Qualidade”- implica que as exigências do cliente sejam satisfeitas e “Total”- implica que cada pessoa esteja envolvida em todo o processo (incluindo clientes e fornecedores).

Os mesmos autores concluem ainda que existem duas dimensões do TQM. Por um lado “é reduzir os desperdícios” e por outro lado “é considerar uma forma de tornar as pessoas melhores, de desenvolver os bons hábitos nos profissionais, e de fornecer uma educação moral a todos os cidadãos” (Thakkar et al., 2006).

O TQM tornou-se, assim, num elemento fundamental para a sobrevivência de qualquer empresa, podendo ser encarada como um sistema que engloba todos os esforços de desenvolvimento, manutenção e melhoria da qualidade de todos os intervenientes na organização, com a finalidade de produzir ou criar um produto ou serviço ao mais baixo custo possível.

2.2 - Mestres da Gestão da Qualidade

De entre as diversas personalidades que contribuíram para a definição e evolução do termo qualidade destacam-se principalmente, cinco autores, também conhecidos como os mestres ou gurus da qualidade: Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa.

Deming definiu a qualidade como a conformidade do produto com as suas especificações técnicas previamente definidas, acrescentando que qualidade será tudo aquilo que, de acordo com o cliente, melhora o produto (António & Teixeira, 2007).

Para Juran, citado em Krüger (2001), a qualidade devia ser entendida como o desempenho do produto, a ausência de deficiências, ou a adaptação do produto à função que irá desempenhar, ou seja, segundo este autor a melhoria da qualidade do produto passa pela adequação das especificações do produto ao destino/utilização que o cliente lhe irá dar. Para Juran, citado em Andreassen & Lindestad (1998) a qualidade consiste em dois elementos principais: até que ponto um produto ou serviço atende às necessidades dos consumidores e até que ponto um produto ou serviço está livre de defeitos.

Juran deixou-nos ainda a descrição da base conceptual para qualquer processo de gestão da qualidade, mais conhecida como a trilogia de Juran, em que é defendida a interligação entre três processos de extrema importância para a gestão da qualidade: o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade. O planeamento da qualidade refere-se à definição dos clientes e das suas necessidades, dos recursos, dos objetivos e do plano da qualidade, sendo este último, posteriormente, implementado. Após essa implementação, deverá existir um controlo da qualidade através da criação de métricas e da implementação e avaliação de ações corretivas e preventivas que corrijam ou previnam possíveis falhas na qualidade do produto. Finalmente, será necessário melhorar a qualidade, através da criação de políticas ou procedimentos que impeçam os desperdícios, apontem para a melhoria contínua e para a satisfação de todas as partes interessadas (clientes e funcionários).

Já na perspetiva de Feigenbaum, citado em António & Teixeira (2007), a qualidade pode ser conceituada como um conjunto de características incorporadas no produto que determina o grau de satisfação do cliente. Este guru defende o controlo pela qualidade total,

afirmando que a qualidade é a correção dos problemas e das causas que influenciam a satisfação do cliente.

Por sua vez, Crosby (1979, 1985) citado em Gowana et al. (2001) introduziu o conceito “zero defeitos”. Segundo este autor, e tal como em Deming, a qualidade assenta na conformidade do produto com as suas especificações, acrescentando, que a qualidade pode ser alcançada se todas as especificações forem respeitadas e que todos os processos devem decorrer com sucesso à primeira tentativa, não existindo, assim, qualquer desperdício de recursos (humanos, financeiros, entre outros).

Sendo considerado um dos principais pioneiros da Gestão pela Qualidade Total, Ishikawa (1993) citado em António & Teixeira (2007), defende que a qualidade baseia-se no cliente, devendo procurar-se desenvolver produtos que atendam às necessidades dos mesmos. Ishikawa aparece também associado ao conceito dos “círculos da qualidade”, sendo estes constituídos por grupos de trabalho que se reúnem com a finalidade de analisar alguns dos problemas que foram surgindo ligados à qualidade, identificando possíveis causas e propondo melhorias, com o objetivo não só de melhorar a qualidade e a reduzir desperdícios, mas também otimizar o ambiente de trabalho dentro da organização. Seguindo este autor, a qualidade não assenta apenas na qualidade do produto mas também nos relacionamentos que se estabelecem dentro da organização. Este autor é ainda bastante conhecido devido à criação de alguns instrumentos de controlo da qualidade, como sejam os diagramas de causa-efeito (ou diagramas de Ishikawa).

Posto isto, e tendo em conta todos estes autores, pode-se concluir que a definição da qualidade é muito abrangente, não existindo uma que se sobreponha as outras. No entanto, todas elas apontam na mesma direção: o cliente, ou seja, qualquer produto ou serviço deve estar de acordo com as necessidades, desejos e/ou expectativas dos clientes.

2.3 - Qualidade em Serviços

Em termos genéricos, e segundo os Normativos ISO 9000, a qualidade pode ser definida como um conjunto de propriedades e características de um produto ou de um serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas e implícitas do cliente (Guimarães, 2009).

Nas últimas três décadas, o sector de serviços tornou-se o elemento dominante da economia, e estudos relevantes demonstraram que a qualidade dos serviços é um pré-requisito para o sucesso e sobrevivência de qualquer organização no ambiente competitivo que se vive atualmente (Chen & Chou, 2011). Com o intuito de contextualizar a qualidade em serviços é necessário primeiro entender o seu significado.

Segundo Juran, citado em Chen and Chou (2011), um serviço pode ser definido como sendo "o trabalho realizado por alguém, uma atividade oferecida por outros, invisível e intangível". Por sua vez, e na perspetiva de Cobra & Rangel (1992) citado em Thakkar et al. (2006) um serviço é definido como "uma forma de proporcionar tantas satisfações quantas forem possíveis pela posse do bem ou do serviço adquirido, podendo ser um fator-chave de sucesso ou, pelo contrário, um fator crítico de fracasso estratégico na organização".

De acordo com Johns & Howard (1998) a prestação de um serviço ao cliente pode ser modelado como um ciclo, que começa quando o serviço é "concebido" e comunicado aos colaboradores da organização, de seguida, é "entregue" aos clientes (sendo avaliada a sua eficácia através da obtenção de feedback por parte dos clientes), sendo que, depois disso, o mesmo serviço poderá ser ajustado de acordo com as necessidades e expectativas dos consumidores.

Na opinião de vários autores os serviços possuem quatro características que os diferenciam dos bens físicos: a intangibilidade (os serviços são imateriais e não podem ser mostrados ao cliente, vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem consumidos), a inseparabilidade (os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente no mesmo local), a heterogeneidade ou variabilidade (um serviço depende de quem o presta, do momento, do local e da forma como é prestado) e a perecibilidade (uma vez que os serviços não podem ser armazenados) (Bebko, 2000).

Assim, no sector dos serviços, e ao contrário do que acontece na indústria, não existe uma definição que seja aceite com confiança, sendo que, alguns dos problemas que estão associados à conceptualização da qualidade no sector dos serviços (Thakkar et al., 2006) são:

- Um bom serviço estar associado às expectativas individuais de cada cliente, sendo que essas expectativas são geralmente desconhecidas e implícitas;
- A intangibilidade dos serviços conduzir a variadas perceções dos clientes sobre os benefícios esperados, tornando difícil a definição de padrões de desempenho e de controlo, em conformidade com os mesmos;
- A participação do cliente no processo, com um maior ou menor grau, tendo impacto sobre a qualidade do serviço devido as suas diferentes motivações e interesses.

Um serviço de má qualidade tem custos que derivam: da baixa satisfação dos clientes; das elevadas taxas de desistência dos mesmos; da quebra nas vendas e da lealdade dos clientes e da reduzida motivação dos colaboradores, conduzindo, assim, à elevada rotatividade e absentismo dos colaboradores, dificultando a atração de novos clientes e a recuperação da imagem da organização, entretanto danificada (Chen & Chou, 2011).

Para garantir a satisfação do cliente e se atingir determinado nível de qualidade é necessário que os serviços (ou produtos) correspondam às expectativas dos clientes, satisfazendo assim as suas necessidades, uma vez que é mais rentável prevenir a ocorrência de falhas ou erros na prestação de um serviço, do que corrigi-los *a posteriori*.

Para terminar, importa ainda referir que a qualidade nos serviços não se limita apenas aos clientes externos, mas a todos os *stakeholders* que interagem com o serviço, como sejam os clientes internos, os financiadores, entre outros.

2.4 - Qualidade em Serviços de Saúde

A Saúde é atualmente vista como um sistema bastante complexo, com diversos níveis de intervenção, com organização específica a cada nível, possuindo diferentes modelos de funcionamento, métodos de avaliação e objetivos próprios relativamente à efetividade, à eficiência e à qualidade dos serviços prestados (Guimarães, 2009).

A qualidade na saúde tem sido definida de diversas formas. Para os profissionais de saúde esta significa qualidade clínica do atendimento, ou seja, refere-se ao atendimento competente, eficaz e seguro dado aos utentes e à contribuição para o bem-estar dos indivíduos e da sociedade em geral (Brown et al, 1993 citado em Guimarães, 2009). Por outro lado, os gestores reconhecem que os serviços de apoio (como a logística ou a manutenção de registos), são também importantes para a prestação de um serviço de qualidade. Por último, e para os responsáveis políticos, a qualidade encontra-se associada a outros elementos importantes, como o custo, a eficácia e os resultados obtidos (Newbrander, 1997 citado em Guimarães, 2009).

A definição de qualidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) engloba as perspetivas de todos estes grupos acima referidos, isto é, a qualidade dos serviços de saúde consiste em “realizar consultas seguras de forma adequada (ou seja, de acordo com as normas), que possam ser pagas pelos utentes em questão e que futuramente venham a contribuir para a redução das taxas de mortalidade, morbidade, invalidez e desnutrição” (Roemer, 1988 citado em Guimarães, 2009).

Para Gronross (1984) citado em Yesilada (2010), a qualidade dos serviços de saúde pode ser dividida em duas dimensões distintas: a qualidade técnica e a qualidade funcional. A qualidade técnica no sector da saúde está relacionada, sobretudo, com a precisão do diagnóstico e dos respetivos procedimentos clínicos, enquanto a qualidade funcional refere-se à forma como o serviço de saúde é prestado ao paciente. No entanto, a dimensão técnica da qualidade dos serviços de saúde não representa uma medida verdadeiramente útil para descrever a forma como os pacientes avaliam a qualidade do serviço prestado, uma vez que estes não têm, na maioria das vezes, o conhecimento necessário para avaliar a qualidade do diagnóstico e do tratamento a que foram sujeitos, baseando a sua avaliação da qualidade do serviço recebido em fatores ambientais e pessoais.

A definição do conceito de qualidade em saúde pode ainda ser feita recorrendo-se as dimensões da qualidade, como podemos ver na figura 2, também conhecidas como os pilares da qualidade: a acessibilidade, a eficácia, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade (Guimarães, 2009).

A qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes sempre constituiu uma preocupação da Organização Mundial de Saúde, no entanto, inicialmente, era atribuída uma maior importância a apreciações relacionadas aos custos e aos recursos utilizados nos serviços de saúde, privilegiando-se, assim, a avaliação custo-eficiência dos serviços, em detrimento da qualidade do serviço prestado e da correspondente satisfação do paciente. Atualmente, esta abordagem ao conceito de qualidade em saúde caiu em desuso, privilegiando-se agora uma abordagem orientada para os consumidores, considerando-se a qualidade como a percepção dos utentes dos serviços de saúde. Assim, após a prestação do serviço de saúde, o cliente vai avaliá-lo com base nas suas expectativas e percepções do que recebeu, verificando posteriormente, se se encontra satisfeito ou não com o mesmo (Andreassen & Lindestad, 1998 e Ruyter et al., 1997).

Figura 2 - As dimensões da Qualidade em Saúde

Acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de acesso aos cuidados de saúde, face às barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural e emocional.
Eficácia	<ul style="list-style-type: none"> • Característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde. Medida em que as atividades planeadas foram realizadas e atingidos os resultados pretendidos (NP EN ISO 9000:2005).
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> • Custo necessário para o alcance de uma determinada melhoria na saúde. Relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados (NP EN ISO 9000:2005).
Aceitabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos utentes e dos seus responsáveis.
Equidade	<ul style="list-style-type: none"> • Conformidade com o princípio de justiça e de honestidade na distribuição dos cuidados e dos benefícios da saúde entre os membros da população.

Fonte: Adaptado de Guimarães (2009)

2.5 - Avaliação da Qualidade e os Sistemas de Gestão da Qualidade

A prestação de serviços de qualidade, e posteriormente a sua avaliação, tornaram-se fundamentais no sector da saúde. Atualmente, poucos são os serviços de prestação de cuidados de saúde que não se preocupam com a qualidade dos mesmos e com a forma de os poderem melhorar.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde surge, muitas vezes, associada a diversos conceitos como: a acreditação e certificação das organizações de saúde, as auditorias clínicas e as avaliações de desempenho e dos resultados em termos de melhoria da saúde dos utentes. Posto isto, através deste tipo de avaliação é possível medir o desempenho dos serviços de saúde, os resultados clínicos e económicos e o grau de satisfação dos utentes, tendo em conta se as suas expectativas e desejos foram ou não correspondidas (Silva et al., 2010).

Silva et al. (2010) destacam alguns dos principais fatores que estimularam a crescente preocupação com a avaliação dos serviços de saúde, de entre eles: a complexidade dos serviços de saúde; as alterações demográficas; o envelhecimento da população; o aumento das expectativas e exigências dos utentes; as questões económicas e de eficiência; as novas/reformuladas políticas cada vez mais orientadas para a responsabilidade com a população; o desenvolvimento de novos conhecimentos, quer na área da saúde, quer na área das tecnologias, entre outros.

Consequentemente, a avaliação da qualidade destes serviços tornou-se um assunto de extrema importância, tendo-se verificado que diversos foram os autores a manifestar a sua opinião sobre a avaliação da qualidade.

Dois dos modelos mais conhecidos e utilizados em todo o mundo para avaliar a qualidade são os de Maxwell e o de Donabedian (Silva et al., 2010).

Maxwell desenvolveu o seu modelo para avaliação da qualidade no início da década de 1990, podendo ainda hoje verificar-se a sua aplicabilidade. Este autor dividiu a qualidade em saúde em seis dimensões, sendo elas: a efetividade, a eficiência, a qualidade percebida pelo utente, a acessibilidade, a equidade e a segurança.

Após a divisão da qualidade em saúde nas seis dimensões, torna-se, assim, possível efetuar a sua medição e conseqüente avaliação. O recurso à divisão da qualidade nas seis dimensões veio possibilitar a avaliação da mesma, quer a um nível específico (caso seja utilizada apenas uma dimensão), quer a um nível mais global (através da análise de duas ou mais dimensões).

Relativamente ao modelo de avaliação da qualidade desenvolvido por Donabedian, este assenta na tríade estrutura, processo e resultados. Para este autor a estrutura representa os aspetos estáveis, como sendo, as instalações, os equipamentos e os recursos humanos e materiais. O processo engloba o conjunto das atividades que os profissionais de saúde prestam aos seus doentes durante o diagnóstico e tratamento do utente, inclui também as ações de prevenção. Para terminar, os resultados abrangem os custos associados à qualidade, os níveis de saúde alcançados e ainda o grau de satisfação dos utentes.

Atualmente, a avaliação da qualidade, nomeadamente, dos serviços de saúde, tem sido alvo de grande interesse não só pelos profissionais de saúde, mas também pelos próprios utentes, gestores, financiadores e responsáveis políticos.

Pode então afirmar-se, que no sistema de saúde intervêm diversos atores, no entanto cada um deles desempenha funções diferentes, apresentando objetivos, dimensões e métodos de avaliação da qualidade diferentes. Enquanto os profissionais de saúde utilizam a avaliação da qualidade para medir os resultados dos cuidados prestados e da melhoria da saúde dos seus utentes, os gestores, financiadores e responsáveis políticos avaliam o desempenho da organização de saúde na sua generalidade. Por sua vez, os utentes avaliam a qualidade dos serviços que receberam tendo em conta os aspetos relacionais e comparando as suas expectativas com o resultado final dos cuidados que receberam (Silva et al., 2010).

Tendo em conta a existência das diversas perspetivas de avaliação da qualidade referidas no parágrafo anterior, Pinto (2003) defende que para se avaliar a qualidade de um serviço devem ser tidas em conta quatro categorias de medição: a medição da qualidade do ponto de vista dos clientes, a medição da qualidade no processo, a medição da qualidade dos recursos e a medição financeira da qualidade do serviço.

A medição da qualidade do ponto de vista dos clientes pode ser dividida em duas fases: começando pela identificação das necessidades e desejos dos consumidores e, posteriormente, passando pela medição das suas percepções de qualidade e do grau de satisfação para com o serviço. Esta categoria pode ser medida, por exemplo, através da análise de reclamações, de conversas com funcionários que interajam diretamente com os utentes, ou através de questionários/inquéritos aos próprios utentes sobre um determinado serviço específico que tenham recebido ou sobre toda a organização.

Após a medição da qualidade do ponto de vista dos clientes, as informações que foram recolhidas devem ser transformadas em especificações para os processos da organização, verificando-se que uma possível melhoria destes resultará numa maior satisfação dos utentes.

A medição da qualidade dos recursos refere-se à avaliação das competências técnicas, capacidades e desempenhos dos recursos humanos. Com os resultados dessa medição, a organização poderá reforçar, melhorar ou dar formação os seus recursos humanos, melhorando assim a prestação dos seus serviços.

Por último, a medição financeira da qualidade do serviço assenta na avaliação dos custos e benefícios dos serviços, permitindo analisar a sua eficiência. Esta medição engloba todos os indicadores que possam ser traduzidos financeiramente permitindo avaliar a prestação dos serviços através dos custos da não qualidade e das ações de prevenção e melhoria.

2.5.1 Sistemas de Gestão da Qualidade

Com a crescente globalização dos mercados e a elevada concorrência entre as organizações, o conceito de qualidade representa atualmente uma variável de extrema importância. Assim, tornou-se fundamental para a sobrevivência de qualquer organização a implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) que permitam a melhoria do seu desempenho e, conseqüentemente, a diferenciação dos seus concorrentes.

Pires (2007) definiu o conceito de SGQ como sendo o “conjunto das medidas organizacionais capazes de transmitir a máxima confiança de que um determinado nível da qualidade aceitável está sendo alcançado ao mínimo custo”.

O objetivo de um SGQ é o de garantir a sistematização dos procedimentos efetuados numa organização, para fornecer um serviço que atende aos requisitos da qualidade, adequados as necessidades e satisfação dos clientes (Rocha, 2006).

A implementação de um SGQ tem inerente as seguintes vantagens: melhorar a imagem da organização; atrair a confiança dos clientes atuais e potenciais; identificar o potencial de novas oportunidades de negócio; obter uma (ou mais) vantagem(ns) competitiva(s) relativamente à concorrência; melhorar o funcionamento da organização nos seus diferentes níveis e o aumentar a motivação dos colaboradores, uma vez que se sentem envolvidos na melhoria contínua da organização (Pires, 2007).

No entanto, a implementação de um sistema de gestão apresenta também alguns inconvenientes, sendo que estes deverão ser ultrapassados para o sucesso de qualquer SGQ. De entre os maiores inconvenientes, destacam-se o aumento da carga burocrática que se verifica com a implementação de um SGQ; a possibilidade da existência de alguma resistência à mudança por parte dos colaboradores (sendo essencial motivá-los e dar-lhes formação para alcançar um envolvimento total de todos os colaboradores); algumas pressões que se possam verificar por parte de clientes e/ou parceiros no sector de atividade onde opera a empresa (Pires, 2007).

Atualmente, um SGQ pode ser certificado por uma entidade creditada para tal, segundo a norma ISO 9001:2008, publicada em Novembro de 2008 (IPQ, 2008).

As normas ISO são bastante importantes no contexto da Gestão da Qualidade, sendo da responsabilidade dos comités técnicos da *International Organization for Standardisation* (ISO).

A ISO é uma organização internacional, com sede na Suíça, que tem por objetivo criação de diversas normas para um alargado conjunto de atividades. Esta organização abrange atualmente 157 países, existindo em cada país uma entidade filiada à ISO. No caso de Portugal essa entidade é o IPQ – Instituto Português da Qualidade (António & Teixeira, 2007).

A certificação de um SGQ serve para demonstrar que a organização em causa trabalha em concordância com as normas internacionais de qualidade definidas, sendo que todas as normas da família ISO 9000 (constituído pela NP EN ISO 9000:2005 e pela NP EN ISO

9001:2008) se referem à implementação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) e têm por objetivo garantir que os produtos estão de acordo com os regulamentos, não apresentam quaisquer problemas e satisfazem as necessidades dos clientes (IPQ, 2008 e António & Teixeira, 2007).

Os oito princípios apresentados pelas normas ISO referentes à qualidade (ISO 9001:2008) e que constituem a base dos sistemas de gestão da qualidade são:

- 1 - Focalização no Cliente – as organizações devem compreender os seus clientes e as suas necessidades, objetivando superar as suas expectativas;
- 2 - Liderança – os líderes devem orientar eficazmente as suas organizações, desenvolvendo um bom ambiente de trabalho entre todos os colaboradores;
- 3 - Envolvimento de todas as pessoas de forma a que todas caminhem para os mesmos objetivos;
- 4 - Abordagem por processos – gestão de todas as atividades da organização como sendo processos;
- 5 - Abordagem da gestão como um sistema, em que todos os processos se encontram interligados;
- 6 - Melhoria Contínua – assegurar a máxima qualidade dos produtos ou serviços e implementar na organização uma cultura de constante melhoria e procura pelos melhores resultados possíveis.
- 7 - Abordagem à tomada de decisão baseada em facto, sendo as decisões tomadas com base em dados e informações;
- 8 - Relações mutuamente benéficas com os fornecedores, criando, assim, valor para ambas as partes.

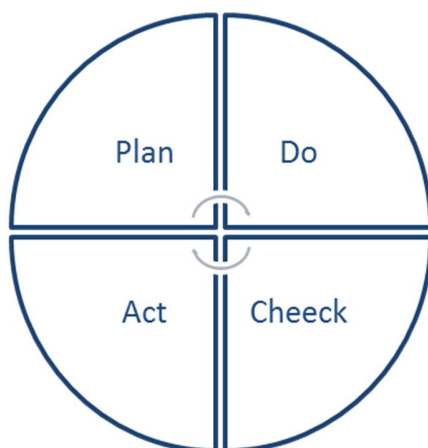
O princípio de funcionamento de um SGQ, e tendo em conta um dos oito princípios enunciados pela norma ISO 9001 - a melhoria contínua - baseia-se na metodologia PDCA.

O ciclo PDCA consiste numa sequência de fases que determinada organização poderá recorrer para organizar e controlar os seus projetos ou processos, sendo das ferramentas mais utilizadas na gestão da qualidade. As letras que formam o ciclo PDCA significam: *Plan, Do, Check, Act*, ou seja, Planear, Executar, Verificar e Actuar (Figura 3). Estas quatro fases

formavam o ciclo de controlo estatístico de processos, concebido originalmente por *Shewhart*, sendo mais tarde aperfeiçoadas por *Deming* (Andrade, 2003).

A fase do planeamento pressupõe que a organização defina quais os seus objetivos, as especificações dos produtos e os processos, implementando, estes últimos, na fase da execução. Posteriormente, na fase da verificação, a organização deverá monitorizar e medir os seus processos e produtos tendo em conta os objetivos e especificações inicialmente definidos. Por último, a organização deverá atuar sobre os resultados obtidos, implementando ações de correção e melhoria aos seus processos (Andrade, 2003).

Figura 3 – O Ciclo PDCA



Fonte: Adaptado de Andrade (2003).

Esta metodologia pode ser aplicada a todas as atividades de uma organização, independentemente da sua área ou sector, sendo frequentemente aplicada à área da saúde como uma forma de avaliar a qualidade dos sistemas de saúde, sabendo assim como está a ser o desempenho da organização e o que deve melhorar para alcançar os objetivos/*standards* desejados (Silva et al., 2010).

2.6 - Gestão por Processos

Os processos podem ser entendidos como uma sequência de atividades interligadas que recebe uma entrada (*input*), realiza uma transformação agregando-lhe valor e gera uma saída (*output*) para os clientes, apresentando resultados quantificáveis (António & Teixeira, 2007). Assim, António & Teixeira (2007) defendem que qualquer organização deve ter em conta três perspectivas no desenvolvimento do produto ou serviço: o processo em si; os resultados deste e as consequências desses resultados.

Uma outra definição dos processos, apresentada por Pires (2007), é que estes representam um conjunto de atividades, interligadas entre si, realizadas por uma ou mais áreas funcionais da organização e que apresenta uma entrada e uma saída.

Na perspectiva de Silva et al. (2010) praticamente todas as atividades ou operações intervenientes na prestação de cuidados de saúde são consideradas processos, sendo que as atividades não são mais do que um conjunto de tarefas interligadas.

Os processos apresentam a possibilidade de ser hierarquizados desde a sua área de negócio até aos movimentos mais elementares, como podemos verificar na figura 4 (Pires, 2007).

Figura 4 – Hierarquização dos processos.



Fonte: Adaptado de Pires (2007).

Deverá começar-se por identificar o macroprocesso, sendo que este deverá abranger entre 4 a 6 processos. Cada um desses processos principais poderá ser repartido em subprocessos; os subprocessos em atividades, e assim sucessivamente até ao ponto que a organização considerar pertinente.

Pires (2007) realça ainda a importância dos processos de suporte e de gestão, sendo que estes últimos têm como finalidade apoiar ou dar suporte ao macroprocesso e aos respetivos processos principais. Posto isto, cada organização deverá identificar os seus processos tendo em conta critérios específicos de relevância que cada um apresenta e o impacto que estes terão nas suas atividades.

O mesmo autor realça, ainda, que os processos devem possuir pelo menos três características: serem definidos pela gestão de topo, estarem interligados uns com os outros e terem associados objetivos e indicadores que garantam o alinhamento entre si e os objetivos globais da organização.

2.6.1 Abordagem por Processos

Tendo por base a norma ISO 9001, a abordagem ou gestão por processos representa um dos oito princípios da gestão da qualidade. Esta representa um novo estilo de gestão, em que os processos se encontram interligados com a estratégia da organização, na qual os gestores devem trabalhar em equipa e inculir esse mesmo espírito em toda a organização (Pires, 2007).

Na década de 1980, e com base no trabalho de Ishikawa (1985), Deming (1986) e Juran (1989), as práticas de gestão de processos tornaram-se num elemento central dos programas de gestão pela qualidade total (TQM), verificando-se que grande parte da literatura sobre o tema da gestão de processos tem sido focada na TQM. Desde essa altura que a gestão por processos está presente em grande parte das iniciativas de melhoria contínua da qualidade (Benner & Tushman, 2003)

A constante evolução da importância atribuída à gestão por processos foi marcada pela mudança da visão das organizações como um conjunto de departamentos com funções distintas para uma visão da organização como um sistema de processos interligados em que as

funções e as atividades são transversais e estão ligadas a toda a organização (Dean & Bowen, 1994 citado em Benner & Tushman, 2003).

Assim sendo, uma organização que apresente uma abordagem por processos deve ser vista como uma rede interligada de processos que interagem uns com os outros, de forma a serem atingidos os objetivos definidos pela organização.

A gestão por processos tem como objetivo principal melhorar a gestão da organização, promovendo a melhoria dos processos e a inovação contínua e trazendo diversos benefícios para as organizações que optem por esta prática, como por exemplo: o envolvimento de todos os colaboradores; uma maior focalização no cliente, conseguindo oferecer-lhe produtos ou serviços que vão ao encontro das suas necessidades e expectativas; a redução de custos; e, em última análise, o aumento dos lucros (Benner & Tushman, 2003).

Através da abordagem por processos, as organizações conseguem descrever e representar de uma forma mais simplificada o seu negócio, conseguindo assim que todos os colaboradores tenham a mesma visão sobre o mesmo. É ainda possível identificar e analisar quais os pontos fortes e fracos de cada processo, de modo que possa atuar sobre estes e melhorá-los.

A implementação da abordagem por processos em qualquer organização é muito importante, no entanto, estas devem ainda garantir que processos serão revistos e controlados periodicamente (sendo este o factor mais importante nos momentos iniciais da gestão do negócio por processos), de forma a verificar se os seus objetivos e resultados continuam a estar alinhados com os objetivos inicialmente previstos pela organização. Se tal não se verificar deverão ser efetuadas continuamente melhorias nos processos, tendo em conta que este é também um dos princípios fundamentais da gestão da qualidade (Pires, 2007).

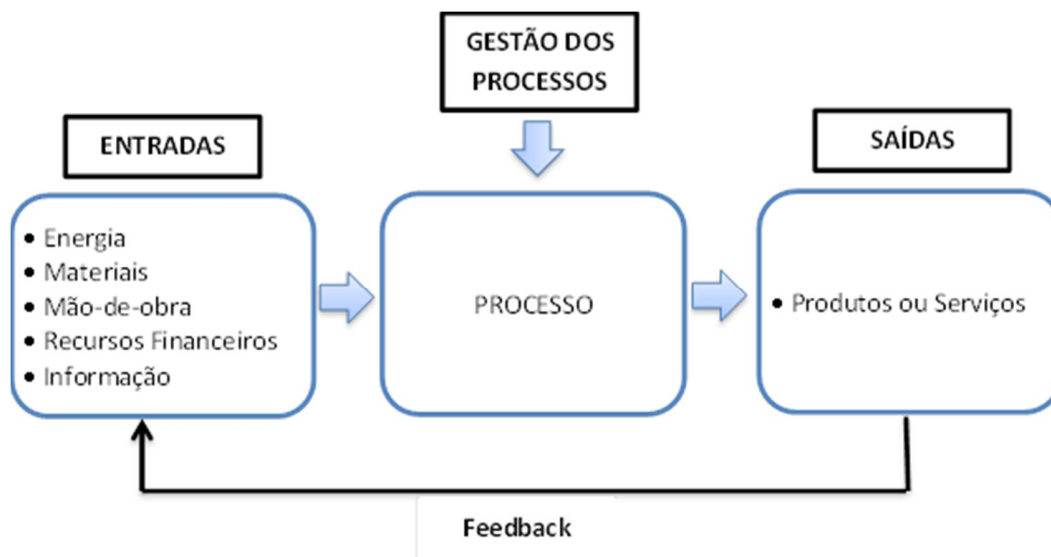
Os modelos de gestão de processos, segundo Pires (2007) são normalmente constituídos por elementos de gestão e de coordenação, onde deve constar, para além da descrição dos processos, a atribuição das responsabilidades, a estrutura do negócio organizada por níveis (macroprocessos, subprocessos, processos, atividades, etc.) e a documentação dos processos, tais como: as fichas de caracterização dos processos, as representações gráficas, os procedimentos escritos e a descrição e fórmula de cálculo dos indicadores.

A ficha de caracterização dos processos pressupõe que para cada processo ou subprocesso sejam indicados as suas entradas e saídas, as atividades principais, a documentação que serve de apoio e, ainda, os seus objetivos globais.

A representação gráfica dos processos (por exemplo através do recurso a diagramas ou fluxogramas) poderá representar uma alternativa a descrição por extenso dos mesmos, uma vez que, esta última exhibe os processos de uma forma de fácil e rápida de visualização.

Pires (2007) defende que a representação gráfica de um processo poderá ser como a da figura seguinte:

Figura 5 – Exemplo da representação gráfica de um processo



Fonte: Adaptado de Pires (2007).

Relativamente à fórmula de cálculo dos indicadores (previamente definidos para cada processo) na maior parte das vezes não é documentada pelas organizações, o que poderá originar alguns erros na leitura e compreensão dos mesmos.

Para concluir, cada vez mais as organizações vivem da qualidade e do controlo dos seus processos, sendo estes essenciais para alcançar os objetivos estratégicos definidos pela empresa. Assim, de forma a facilitar a monitorização e o controlo dos processos, a organização deverá descrever para cada um deles, quais os seus objetivos, os fatores críticos

de sucesso, as características que devem ser medidas e definir indicadores para a sua posterior medição.

Para Benner & Tushman (2003) a gestão por processos, e conseqüentemente, a melhoria dos mesmos envolve o recurso a medidas de efetividade dos processos e a métodos estatísticos, com a finalidade de eliminar a variação verificada entre resultados obtidos dos processos e os objetivos pretendidos. Posto isto e no sector da saúde, será através da definição de objetivos e o cálculo de alguns algumas medidas/indicadores que as organizações poderão recorrer ao aperfeiçoamento dos seus processos, e assim conseguirem a melhoria dos seus serviços e dos cuidados de saúde prestados aos utentes.

2.6.2 Objetivos e Indicadores

A identificação dos processos e, conseqüentemente, a abordagem por processos só poderá ser útil caso seja possível definir indicadores de desempenho que permitam medir a qualidade dos processos e estabelecer *standards* que possam servir de referência.

Segundo Geer et al. (2009) os indicadores de desempenho são medidas quantitativas e qualitativas evidenciadas nos processos organizacionais. Nesse contexto, define-se o indicador como representações quantificáveis das características de produtos e processos, sendo assim utilizados para melhoria da qualidade e desempenho de determinado produto, serviço ou processo, ao longo do tempo.

Através dos resultados conseguidos pelos indicadores é possível avaliar uma dada situação, definir possíveis melhorias, assim como obter informações que, futuramente, auxiliem as tomadas de decisão dos órgãos gestores na melhor alocação dos recursos e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes. Ou seja, e quando bem geridos, esses indicadores podem constituir uma ferramenta fundamental, tanto para a gestão, como para a avaliação do sistema em causa. No entanto é necessário garantir o acesso a informações de boa qualidade, precisas e confiáveis.

Um bom indicador deve ter as seguintes características: objetividade (deve ter um objetivo claro, expressando de forma simples e direta a situação a que se refere); simplicidade,

ou seja, deve ser fácil de calcular, de recolher os dados e analisá-los; validade (deve cumprir o propósito de identificar as situações que devem ser melhoradas); baixo custo, uma vez que indicadores cujo cálculo exige um elevado investimento inviabilizam a sua execução; confiabilidade, apresentando os dados qualidade suficiente para a tomada de decisões corretas; adequabilidade, em que apenas o número mínimo de indicadores necessários para garantir que as dimensões-chave de um resultado são alcançadas. Um indicador deverá também refletir as necessidades dos clientes, fornecendo uma base adequada para a tomada de decisões pelos responsáveis e deverá ser compreensível e ser interpretado uniformemente por todos os participantes (Geer et al., 2009).

Geer et al., (2009) defendem a existência de cinco tipos de indicadores:

- Indicadores de medida - quantidades de recursos físicos, humanos ou financeiros previstos para o projeto.
- Indicadores de processo - medidas que acontece durante a implementação de determinado projeto, podendo medir o tempo e/ou os custos necessários para completá-lo.
- Indicadores de produção - acompanham os resultados mais imediatos do projeto, como sejam as quantidades físicas de bens produzidos ou serviços prestados.
- Indicadores de resultados - medidas relativamente diretas e a curto-médio prazo dos resultados do projeto.
- Indicadores de impacto - Medir a longo prazo as mudanças ocorridas na sociedade, economia ou meio ambiente para que o projeto contribui.

Por sua vez, os *standards* podem ser interpretados como metas/objetivos que são estabelecidos pela organização tendo em conta as necessidades e expectativas dos consumidores. Depois de estabelecidas essas metas é necessário medir a prestação do serviço, identificar possíveis desvios e implementar melhorias que possam ser efetuadas nos serviços para ir de encontro com as mesmas.

Segundo Rocha (2006) os *standards* da qualidade devem: ser realistas e possíveis de atingir; ter em conta as necessidades dos consumidores; ser claros, mensuráveis e possíveis de serem monitorizados; e devem estar de acordo com os valores do serviço. Pires (2007) destaca ainda que é necessário que os objetivos definidos para cada processo estejam de acordo com

os objetivos da própria organização e com os objetivos pretendidos em termos da qualidade do serviço prestado.

Segundo Arah et al. (2003), cada vez mais as organizações ligadas à área da saúde têm vindo a demonstrar o seu interesse medir e avaliar os seus sistemas, recorrendo ao desenvolvimento de indicadores de desempenho para monitorizar, avaliar e gerir os sistemas de saúde, com o objetivo de alcançar a sua eficácia, a equidade, a eficiência.

2.7 - Conclusões

O termo qualidade foi evoluindo ao longo dos tempos, recebendo contributos de diversos autores e podendo a sua história ser dividida em cinco fases, passando pela inspeção dos produtos, o controlo estatístico da qualidade dos mesmos, a preocupação com todo o processo de produção e não apenas com o resultado final e a adaptação das necessidades e desejos dos consumidores às especificidades dos produtos. Desde os anos 80 e até a atualidade que as empresas se preocupam com a Gestão pela Qualidade Total, procurando, constantemente, a melhoria contínua da sua organizações e a satisfação dos seus clientes.

No sector dos serviços torna-se um pouco mais difícil entender o termo qualidade, devido essencialmente à intangibilidade, à inseparabilidade, à heterogeneidade e à perecibilidade que caracterizam os serviços. Mais concretamente, no sector da saúde a qualidade apresenta diversas definições dependendo das perspetivas de cada um dos atores envolvidos nesta área. Inicialmente era analisada tendo por base os custos e aos recursos utilizados, sendo hoje dada uma maior importância à qualidade dos serviços prestadores aos consumidores e à sua percepção e satisfação para com os mesmos.

A avaliação da qualidade dos serviços (principalmente no sector da saúde) foi ganhando cada vez mais importância para profissionais de saúde e utentes, mas também pelos para os gestores, financiadores e responsáveis políticos.

De forma a auxiliar as organizações na gestão e avaliação da qualidade, poderá ser adotada uma abordagem por processos. Este princípio pressupõe que sejam definidos todos os processos da organização, verificadas as interligações entre eles, de forma a poder melhorá-los constantemente e atingir os objetivos da organização.

Relativamente à saúde, e tendo por base a abordagem por processos, torna-se extremamente importante definir objetivos, indicadores e *standards* da qualidade que possam ser utilizados com a finalidade de avaliar o desempenho da organização e melhorar os cuidados serviços oferecidos aos utentes.

Uma vez que objetivo principal desta dissertação consiste em analisar e avaliar a qualidade de um método alternativo de prestação e financiamento dos serviços de saúde oral em Portugal, como é o caso do *voucher* cheque dentista, o próximo capítulo será dedicado ao estudo do enquadramento teórico com os sistemas de *vouchers*.

Capítulo 3

3. Sistemas de *Vouchers*

Os *vouchers* podem ser entendidos como um método específico de financiamento de determinados serviços ou produtos, podendo ser utilizados durante um período de tempo e por populações previamente definidas.

Neste capítulo será abordado o conceito de *vouchers*, especificamente, no sector da saúde, assim como os principais objetivos, vantagens e desvantagens destes mecanismos.

Posteriormente, será verificada a importância que a correta gestão deste tipo de sistemas representa para o sucesso de qualquer programa de *vouchers*, o que por vezes envolve a necessidade de recorrer a ferramentas informáticas de apoio à gestão.

Num outro subcapítulo discutir-se-á a importância do desenvolvimento e implementação de processos de controlo e avaliação dos sistemas de *vouchers*, assim como, os procedimentos mais utilizados para que tal aconteça.

Por último, serão analisados alguns casos de aplicação dos sistemas de *vouchers* em diversos sectores, como a da saúde e da educação, em diferentes países.

3.1 - *Vouchers* na Saúde

Os *vouchers* são um mecanismo de financiamento específico que pode ser usado para direccionar alguns serviços essenciais (como a saúde e o ensino) para as populações mais vulneráveis, sendo também definidos como um título que apresenta um determinado valor monetário e que pode ser gasto apenas por razões ou em produtos/serviços específicos.

Segundo Agha (2011), os *vouchers* podem ser definidos como “vales que podem ser utilizados em troca de uma gama restrita de bens ou serviços, em determinados momentos temporais”. Os sistemas baseados em *voucher* distinguem-se de outros programas de financiamento por serem simples de perceber e de implementar e, na maioria das vezes, eficientemente planeados para que a população-alvo seleccionada possa beneficiar do *voucher* em questão.

Estes podem ser distribuídos: por uma agência de *vouchers*; por uma agência externa contratada pela agência de *vouchers*; pelos próprios prestadores dos serviços ou produtos; ou então, tornando-os disponíveis em vários pontos de distribuição, em que os próprios beneficiários possam ir buscá-los. Esta última estratégia apresenta uma elevada relevância, uma vez que, desta forma, se pode reduzir significativamente os custos (Juan, 2005).

Os *vouchers* no sector da saúde são vistos como instrumentos que incentivam o acesso a determinados serviços, como o planeamento familiar, o tratamento de doenças infecciosas, a vacinação, os cuidados de saúde mental, os serviços de saúde infantil e materna, subsidiando (total ou parcialmente) os custos desses cuidados de saúde e proporcionando-os a custos controlados (Gorter et al, 2003 e Gupta et al, 2010).

O contexto teórico para os programas de *vouchers* no sector da saúde pode ser encontrado nas teorias económicas da oferta e da procura em que os esses programas tinham como objetivo melhorar a eficiência e o acesso aos cuidados de saúde de toda a população (Meyer et al., 2011).

Uma justificação para subsidiar os cuidados de saúde é a distribuição desigual da riqueza e do acesso das populações aos serviços de saúde. Indivíduos com baixos rendimentos podem ter a necessidade de determinados bens/serviços de saúde, no entanto, sem os recursos financeiros ou o conhecimento desses mesmos bens/serviços é impossível obtê-los, particularmente os que são prestados pelo sector privado, sendo a situação mitigada com a oferta dos sistemas de *vouchers*.

Há geralmente dois conceitos inerentes ao se falar de um sistema de *vouchers* na área da saúde (Meyer et al., 2011).

O primeiro relaciona-se com um sistema nacional de seguro de saúde universal e descreve o pagamento de médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde a partir de um único fundo. Sob esse regime, os beneficiários receberão um *voucher* para adquirir um seguro de saúde privado. Os *vouchers* podem ser usados para pagar o seguro e os cuidados de saúde, sendo que, as famílias mais pobres receberiam *vouchers* maiores e decidiriam que tipo de seguro de saúde atende melhor às suas necessidades e quais os prestadores que pretendem

visitar. Por outro lado, o segundo conceito relaciona-se com a utilização de sistemas de *vouchers* para determinados serviços de específicos, atuando os *vouchers* como um subsídio. A intenção do subsídio é a de auxiliar, por exemplo, na prestação de serviços de saúde oral. Na odontologia, estes *vouchers* deverão reembolsar os dentistas pela prática privada de serviços odontológicos prestados aos seus pacientes.

3.2 - Objetivos dos Sistemas de *Vouchers*

Com a distribuição dos sistemas de *vouchers* é esperado o aumento da procura e da equidade na distribuição de bens/serviços de saúde e a melhoria do estado de saúde das populações-alvo (Meyer et al., 2011).

Tabela 1 - Objetivos dos Sistemas de *Vouchers*

Objetivos dos Sistemas de <i>Vouchers</i>	
Equidade	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição de <i>vouchers</i> a grupos mais desfavorecidos / pobres; • Remoção das barreiras de custo e de qualidade.
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> • Remuneração baseada na produtividade; • Utilização de terceiros para distribuir os <i>vouchers</i>; • Utilização das estruturas institucionais existentes e um melhor acesso ao sector privado; • Acompanhamento e avaliação dos programas de <i>vouchers</i>.
Eficácia	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de serviços de alta qualidade; • Promoção da concorrência entre fornecedores/prestadores dos serviços; • Especificações de qualidade e de formação obrigatórias definidas; • Segmentação dos consumidores; • Acreditação de qualidade dos prestadores de serviços.
Satisfação dos Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de recorrer a vários prestadores de serviços (inclusive os do sector privado); • Remoção das barreiras de custo.

Fonte: Adaptado de Gorter et al. (2003).

Segundo Gorter et al. (2003), os sistemas de *vouchers* têm impacto sobre os quatro objetivos principais dos sistemas de saúde, como podemos ver na tabela 1. Esses objetivos são: a equidade, a eficiência, a eficácia e a satisfação dos pacientes

A redução da pobreza e o alcance de uma maior equidade no acesso aos serviços de saúde pode ser obtido pelos sistemas de *vouchers* uma vez que as barreiras de custo e qualidade são removidas e, ainda, porque é possível atingir grupos mais desfavorecidos, tais como os pobres e / ou os tendencialmente vulneráveis.

A maioria dos sistemas de *vouchers* aumentam a escolha dos consumidores, forçando os fornecedores/prestadores dos serviços a competir pela sua preferência, tornando-se, assim, mais eficientes. Mesmo em áreas onde existe um monopólio (como por exemplo o monopólio das escolas públicas em certas áreas geográficas), a introdução de contestabilidade (isto é, da ameaça de novos concorrentes entrarem no mercado) pode melhorar a eficiência. Onde há excesso de capacidade de prestação de determinado serviço, os sistemas de *voucher* podem ser capazes de induzir a prestação dos serviços a um mais baixo custo, passando os prestadores/fornecedores a estar disponíveis para vender abaixo do preço inicial da oferta.

Além disso, os *vouchers* podem também ser usados como uma ferramenta eficiente para elaborar uma pré-seleção de fornecedores/prestadores conhecidos por oferecer serviços de melhor qualidade ou por estarem situados numa localização mais favorável, conduzindo assim a uma maior satisfação com os serviços de saúde prestados aos pacientes (Gorter et al., 2003).

3.3 - Gestão dos Sistemas de *Vouchers*

Num programa de *vouchers* há, normalmente, quatro atores principais (Figura 6): (1) o governo ou os financiadores que fornecem o financiamento do programa, (2) uma agência de gestão que administra o programa; (3) os fornecedores/prestadores que entregam/prestam os produtos/serviços de saúde, e (4) os destinatários dos *vouchers* que apresentam a necessidade de determinados bens/serviços de saúde.

Com este enquadramento, os *vouchers* tornam-se, normalmente, motivo de competição para a maioria dos prestadores dos serviços (Meyer et al., 2011).

A estrutura de gestão é um componente integrante da concepção geral de qualquer sistema de *vouchers*, sendo o seu trabalho de extrema importância. Se, por acaso, qualquer um dos elementos intrínsecos aos sistemas de *vouchers* não funcionar satisfatoriamente, a credibilidade e a fiabilidade do mesmo serão prejudicadas.

A agência de gestão desempenha assim um papel importante: na contratação¹ de fornecedores/prestadores para entregar/prestar os bens/serviços de saúde aos titulares dos *vouchers*, na distribuição dos *vouchers* para a população-alvo e na fiscalização da qualidade da prestação de cuidados aos consumidores. Os destinatários dos *vouchers* podem ser selecionados tendo em conta os seus rendimentos, a região geográfica onde habitam, se têm ou não determinados fatores de risco, entre outras características relevantes, dependendo do programa.

Após a distribuição dos *vouchers*, os destinatários deslocam-se até aos prestadores participantes, sendo os cuidados de saúde prestados aos destinatários. Neste ponto, o destinatário entrega o *voucher* ao prestador, sendo que este apresenta posteriormente o *voucher* à agência de gestão, para que esta proceda ao reembolso de acordo com os termos do contrato com base no número de *vouchers* recebidos e as taxas acordadas (Bhatia & Gorter, 2007).

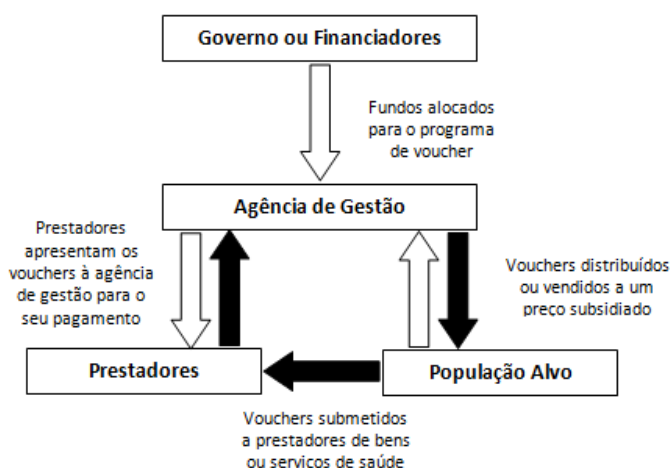
É ainda de realçar que nem todos os sistemas de *vouchers* exigem a mesma capacidade de gestão: por exemplo, um *voucher* que apresente um âmbito nacional e que oferece uma vasta gama de serviços é claramente diferente e muito mais exigente, em termos de gestão, do que um *voucher* com um pacote limitado de serviços e que abranja uma pequena área geográfica.

No entanto, todos os órgãos gestores dos programas de *vouchers*, sejam mais ou menos complexos, devem possuir quatro atributos muito importantes: neutralidade, ou seja, não devem ter qualquer ligação com prestadores de serviços reais ou potenciais, o que, caso se

¹ A contratação pode ser definida como um mecanismo de aquisição usado para adquirir um serviço específico, de uma quantidade e qualidade definida, a um preço acordado, a partir de um fornecedor específico, por um período de tempo determinado.

verificasse poderia criar um conflito de interesses; reputação e capacidade para assegurarem a transparência e a prestação de contas; autonomia suficiente para uma gestão financeira eficiente e apresentarem uma boa capacidade de comunicação com todas as partes interessadas (IGES, 2012).

Figura 6 - Diagrama de pagamentos e fluxos de *vouchers*.



Nota: As setas brancas representam os pagamentos e as setas pretas representam os *vouchers*.

Fonte: Adaptado de Meyer et al. (2011).

Três tarefas muito importantes da gestão dos sistemas de *vouchers* que podem fazer a diferença entre fracasso e sucesso são: a seleção e a contratação dos prestadores dos serviços; a monitorização e avaliação do desempenho do *voucher*, bem como dos prestadores de serviço, e o reembolso oportuno e preciso dos prestadores (IGES, 2012).

A monitorização ou acompanhamento pode ser entendido como o processo rotineiro de recolher informação acerca do programa; por sua vez a avaliação é definida como o processo que permite determinar a relevância, a eficiência, a eficácia, o impacto e a sustentabilidade do programa de acordo com os seus objetivos inicialmente definidos (RH *Vouchers*).

Se por um lado, a monitorização é uma atividade contínua, normalmente realizada pelo órgão gestor do sistema de *voucher*, a avaliação é uma atividade periódica, realizada muitas

vezes por uma outra organização ou pessoas independentes - sem nenhuma ligação ao sistema de *voucher* (Juan, 2005).

Segundo Gupta et al. (2010), os programas de *vouchers* têm de ser cuidadosamente monitorizados e avaliados em termos:

- de custos e efeitos quer para os clientes, quer para os prestadores de serviços;
- da qualidade do serviço prestado;
- da concorrência entre os prestadores de serviços;
- das características dos beneficiários dos *vouchers*;
- dos resultados obtidos na saúde;
- do impacto sobre a redução da pobreza nas áreas onde são implementados os *vouchers*.

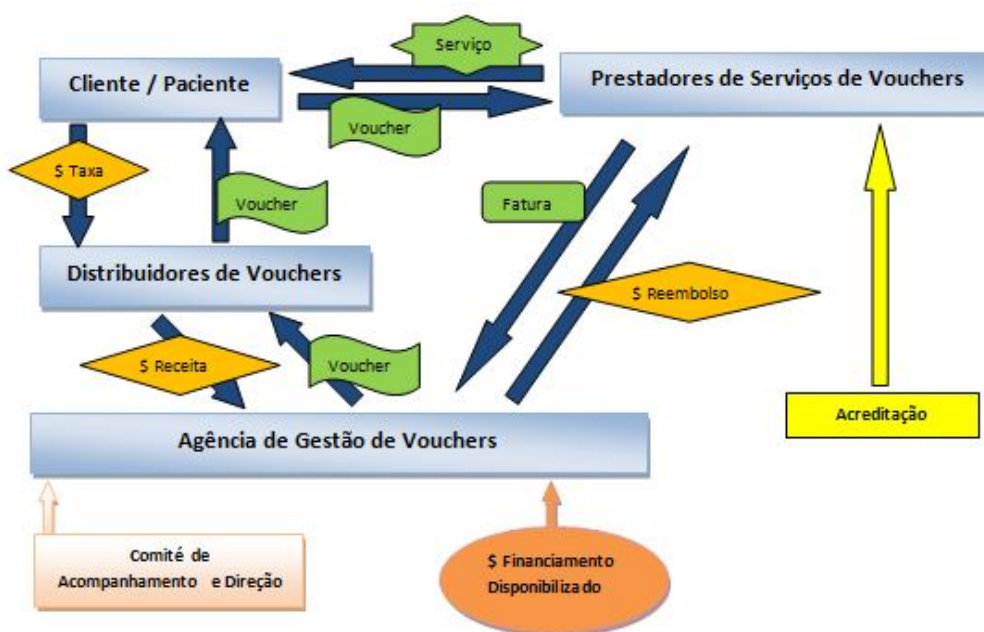
A supervisão dos programas de *vouchers* é geralmente utilizada para fornecer *feedback* sobre as atividades do programa e para corrigir todas as ações que estejam a demonstrar ser ineficazes, existindo uma acentuada discrepância entre os resultados obtidos e os pretendidos, e ineficientes, existindo uma acentuada discrepância entre os resultados obtidos e os recursos empregues durante a sua implementação (Kweku et al., 2007).

O processo de gestão dos programas de *vouchers* exige, assim, uma estrutura técnico-burocrática, bem como alguns investimentos que, especialmente em países em desenvolvimento, poderão conduzir à existência de fraudes, desvio de fundos e outros malefícios administrativos e burocráticos (Tilak, 2006 e Woodhall, 2001, citados em Sousa, 2008).

No estudo elaborado por Janischa et al. (2010) - Figura 7 - acerca de *Vouchers* para a Saúde, no Quênia, o programa é gerido por uma Agência de Gestão de *Vouchers*, cujas funções incluem a contratação dos Prestadores dos Serviço, a acreditação das instalações de saúde, a negociação das taxas de reembolso, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de marketing e distribuição dos *vouchers*, a recolha e o processamento de reclamações, bem como o acompanhamento e a supervisão da qualidade dos serviços prestados.

A Agência de Gestão de *Vouchers* em causa convida alguns prestadores de serviços (individualmente ou dentro de uma organização, que pode ser pública, sem fins lucrativos ou com fins lucrativos), que demonstrem serem capazes de prestar os serviços com um determinado padrão de qualidade no atendimento dos beneficiários, para participarem no programa. Em seguida, estes são (ou não) credenciados para participarem no programa, sendo esta credenciação sujeita a revisões periódicas (Warren et al., 2011).

Figura 7 - Organização dos Sistemas de *Vouchers* para a Saúde



Fonte: Adaptado de Janischa et al. (2010)

No sistema em causa, existem elementos responsáveis pela distribuição dos *vouchers* à população-alvo. Antes da distribuição dos *vouchers*, uma ferramenta de classificação da pobreza (em forma de questionário) é utilizada para estabelecer as condições da população específica e serem selecionados os beneficiários do *voucher*. Posteriormente, é fornecida uma lista dos prestadores de serviços credenciados a quem esses beneficiários podem recorrer para aí usufruírem do serviço de saúde. Após a visita, o prestador de serviços é reembolsado mediante a apresentação de documentos comprovativos da prestação do serviço oferecido pelo *vouchers* à Agência de Gestão de *Vouchers* (Warren et al., 2011).

Para se evitar a ocorrência de fraudes, e por forma a monitorizar este sistema de *voucher* em questão, a Agência de Gestão de *Vouchers* impôs que cada *voucher* possuísse características próprias: a impressão do preço em cada um deles, um holograma, um número de registo e um espaço para ser gravado o nome do futuro beneficiário e o seu local de residência (IGES, 2012).

3.3.1 Ferramentas de apoio à gestão dos sistemas de *vouchers*

Devido a complexa gestão e à elevada quantidade de informações de grande parte dos sistemas de *vouchers*, muitas das entidades responsáveis pela sua gestão optam por recorrer a ferramentas específicas que as apoiem nas diversas tarefas (Bellows, 2011). Os objetivos principais da concepção e implementação desse tipo de ferramentas passam pela obtenção de um rápido *feedback* de toda a informação inerente, pela possibilidade da existência de um maior controlo de todas as ações tomadas e intervenientes e pela possibilidade de, com a análise da informações recolhidas, se poderem fazer alterações e inovações que melhorem o programa de *voucher* em si e os seus resultados.

Num programa de *vouchers* destinado ao tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) no leste de Uganda, no âmbito do qual os prestadores dos cuidados de saúde são reembolsados pelo tratamento de pacientes com infeções sexualmente transmissíveis, foi desenvolvida uma plataforma para dar apoio ao programa em causa (Blum Center for Developing Economies, 2011). O referido programa foi desenvolvido tendo como finalidade combater o elevado número de indivíduos infetados com DST's, tendo tido início em Julho de 2006.

O projeto utiliza "*Smartphones*" que, devido à sua capacidade de armazenar dados e facilidade de comunicação, funcionam como uma plataforma das diversas informações de saúde, envolvendo vários utilizadores, tendo como principais objetivos a redução do tempo de processamento dos pedidos, a melhoria da comunicação entre os prestadores dos cuidados de saúde e os responsáveis pela gestão do programa de *voucher*, a submissão de reclamações e a possibilidade de existência de *feedback* do processo de *voucher* (Ho et al., 2009).

Num outro estudo de Kweku et al. (2007), referente à utilização de um sistema de *voucher* distribuído para a prevenção da malária dos grupos mais vulneráveis no Gana, que tinha como objetivo garantir o fornecimento adequado de *vouchers* a todas as clínicas de saúde da região e quantificar os resultados deste projeto-piloto, foi desenvolvida uma ferramenta simples de apoio à gestão do programa. Esta ferramenta tinha como função monitorizar o número de *vouchers* fornecido a cada unidade de saúde e emitidos pela equipa responsável às mulheres grávidas que frequentaram as clínicas pré-natais e ainda, o número de *vouchers* resgatados pelos distribuidores de volta para a agência de gestão.

A monitorização da distribuição, emissão e resgate dos *vouchers* foi conduzido a nível central, sendo que as unidades de saúde foram visitadas mensalmente por um responsável pela gestão do programa, para reabastecer o número de *vouchers* e realizar atividades de controlo.

Este exemplo de implementação do sistema-piloto de *vouchers* no Gana destaca a importância dos dados recolhidos através da monitorização do programa, não só para ajustar a execução do mesmo, mas também para fornecer provas sobre as possíveis barreiras que possam surgir com a ampliação do programa a uma maior escala (Kweku et al., 2007).

3.4 - Vantagens e Inconvenientes dos Sistemas de *Vouchers*

Existem várias vantagens de se utilizar os sistemas de *vouchers*. Os principais argumentos favoráveis à utilização dos sistemas de *vouchers* prendem-se com melhorias significativas na utilização do produto/serviço oferecido à população-alvo e com a redução dos custos de acesso a esse produto/serviço (Gupta et al., 2010).

Segundo Bernier & Seekins (1999), os sistemas de *vouchers* podem oferecer muitas vantagens relativamente aos sistemas tradicionais, nomeadamente, o aumento da cooperação de organizações públicas/privadas e o facto de alguns sistemas de *vouchers* poderem evoluir de forma incremental com o mínimo de investimento ou risco e monitorizados com um elevado grau de detalhe e precisão. Ao envolverem quer o sector público quer o sector privado, os *vouchers* podem introduzir uma maior concorrência nos serviços de saúde, aumentando a oferta e melhorando a escolha dos consumidores (Bellows et al., 2010).

Os programas de *vouchers* podem facilitar uma maior transparência, através da análise dos dados administrativos que o sistema de *vouchers* fornece, do recebimento dos serviços, e das medidas de desempenho. Se os sistemas de informação forem criados adequadamente ao planejar um programa de *vouchers*, os prestadores dos serviços podem ser monitorados e recompensados financeiramente pela qualidade na prestação dos cuidados de saúde (Bellows et al., 2010).

Por sua vez, Emanuel & Fuchs (2007) defendem que o sistema de *voucher* na prestação universal de cuidados de saúde nos Estados Unidos da América é simples de implementar, é coerente com os valores fundamentais americanos - a igualdade de oportunidades e a liberdade individual - e permite a cobertura e o direito de escolha a 100% da população americana; permite ainda a criação de significativas poupanças administrativas, uma vez que este tipo de sistema levaria a uma redução do número de planos e seguros de saúde oferecidos pelas empresas, bem como à melhoria da qualidade e da segurança do paciente, especialmente através da inovação na prestação de cuidados de saúde. Finalmente, existiria uma melhoria económica, mais especificamente porque este sistema de *vouchers* aliviaria as empresas dos encargos de financiamento e administração dos seguros de saúde dos seus funcionários, tornando-as mais eficientes e competitivas (Emanuel & Fuchs, 2007).

Na perspetiva de Warren et al. (2011), os programas de *vouchers* destinam-se a atingir determinados objetivos políticos, das quais se destaca: a redução das barreiras financeiras, uma vez que os *vouchers* aumentam o acesso aos serviços em geral e reduzem as desigualdades, tornando-os acessíveis aos grupos mais pobres e carentes e o aumento da escolha dos clientes, devido ao elevado número de prestadores de serviços que oferecem o serviço ao mesmo preço. Os *vouchers* permitem, assim, a segmentação dos indivíduos de baixos rendimentos ou de elevado risco específico, de determinadas áreas geográficas ou de acordo com outras características específicas. Centrando-se sobre aqueles que mais precisam de serviços de saúde, os programas de *vouchers* têm o potencial para atingir os indivíduos desfavorecidos que de outra forma não teriam acesso a esses mesmos serviços.

Outra vantagem é que os *vouchers*, ao melhorarem o direcionamento de subsídios públicos para os mais necessitados, ao fornecer uma maior escolha de

fornecedores/prestadores de serviços e ao promover a concorrência e a capacidade de resposta do prestador de serviços, conduzem à melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Schmidt et al., 2010). Poderão também ser usados padrões mínimos de qualidade para credenciar instalações e incentivar os prestadores que não se qualificaram para fazer melhorias, tornando-se assim aptos para se qualificar e melhorarem o atendimento prestado aos seus pacientes.

Por último, é ainda de destacar que os sistemas de *vouchers* são uma ferramenta extremamente flexível e altamente viável e são relativamente fáceis de executar (Gorter et al., 2003).

No entanto, e tal como todos os sistemas, os programas de *vouchers* também apresentam alguns inconvenientes, que podem aqui ser agrupados em seis grandes categorias: dificuldades com os enquadramentos legais e regulamentares; complicações com a definição dos beneficiários-alvo; erros com os mecanismos de entrega dos *vouchers*; problemas relacionados com o financiamento e o pagamento dos *vouchers*; necessidade de elevada capacidade administrativa e de sistemas de gestão de informações; e dificuldades referentes ao ambiente de mercado e ao grau de concorrência dos prestadores de serviços (Gorter et al., 2003).

Quanto às dificuldades com os enquadramentos legais e regulamentares, estas prendem-se com impedimentos legais para a introdução dos sistemas de *vouchers* pelo sector público na maioria dos países em desenvolvimento, bem como com o elevado número de procedimentos burocráticos necessários para a contratação dos prestadores de serviços e com a inexistência de experiências sobre marcos regulatórios para parcerias público/privadas na maioria dos países.

Relativamente às complicações com a definição dos beneficiários-alvo, a identificação de grupos pobres/vulneráveis não é simples e alguns erros de classificação são inevitáveis. A segmentação geográfica é talvez uma das maneiras mais simples para chegar a esses grupos, mas também tende a ser mais cara. É ainda de destacar que nem todos os *vouchers* distribuídos são efetivamente utilizados, uma vez que estes podem não representar um incentivo suficiente, podendo existir barreiras culturais à utilização dos serviços de saúde ou custos de transporte que impeçam a utilização dos *vouchers* (Gorter et al., 2003).

Outra limitação dos programas de *vouchers*, referente ao financiamento e ao pagamento dos *vouchers*, é a sobrecarga de elevados custos administrativos e de transação na fase inicial do projeto, devido a vários fatores, como a necessidade de quantificar os resultados (Barros, 1999).

O sucesso dos sistemas *vouchers* depende então da disponibilidade de uma organização honesta e capaz, atuando como agência de *vouchers*, que pode não ser fácil de encontrar, da necessidade de uma grande capacidade administrativa (devido ao excesso de carga burocrática) e de complexos sistemas de gestão de informação dos programas de *vouchers* que podem ter elevados custos de arranque (Bhatia & Gorter, 2007).

Pode ainda destacar-se algumas dificuldades referentes ao ambiente de mercado e ao grau de concorrência dos prestadores de serviços. Às vezes existe um monopólio na prestação de serviços de saúde em determinadas áreas ou comunidades, sendo que este fato pode ser especialmente verdadeiro em cidades de pequena e média dimensão onde o mercado de serviços de saúde tende a ser muito mais limitado do que nas grandes cidades e aí as possibilidades de competição serão comparativamente menores (Gorter et al., 2003).

Segundo Bemier & Seekins (1999) a possibilidade de existência de fraude é uma outra limitação dos programas de *voucher*, podendo esta verificar-se ao nível dos prestadores de serviços, das pessoas que fazem ou autorizaram os pagamentos, ou, até mesmo, por parte dos beneficiários do sistema. Assim, nos programas de *vouchers*, poderão existir muitos tipos de fraudes, quer nos sectores público e privado, e em todos os países do mundo. No entanto, esta poderá ser combatida através da monitorização do sistema de *voucher* existente e os beneficiários podem ser acompanhados com a finalidade de se confirmar se estes receberam ou não os serviços/produtos inicialmente definidos, sendo desta forma o controlo de fraudes uma atividade muito importante e essencial para qualquer organização e para qualquer sistema de *vouchers*.

Os sistemas de *vouchers* são ainda suscetíveis de abusos, o que pode conduzir, em último caso, ao encerramento do próprio programa. De entre alguns desses principais abusos ou problemas, identificados na literatura, com os *vouchers* e que poderão conduzir à sua extinção destacam-se: a corrupção no processo de contratação dos prestadores dos serviços, a

falsificação e o tráfico dos próprios *vouchers*, o conluio entre fornecedores e distribuidores do *voucher* e o facto de a demanda poder exceder a oferta disponível, ou seja, a procura dos *vouchers* pela população ser superior à esperada e garantida pela gestão destes sistemas, acabando, assim, o *voucher* por perder a sua credibilidade (Gorter et al., 2003).

Por último, deve ser analisada a reduzida qualidade na prestação de determinados serviços, seja pela implementação de sistemas de *vouchers* estritamente focados, tendo um impacto limitado nos objetivos finais do sistema, ou pela possibilidade de ocorrência de incentivos adversos em termos do pagamento do desempenho dos prestadores de serviços (por exemplo, a possibilidade de excesso de prescrição de determinado serviço) e ainda a possibilidade da existência de determinados sistemas que, devido a uma incorreta planificação, podem resultar num mero registo de beneficiários sem seguimento, são outras das preocupações fundamentais com a utilização dos sistemas de *vouchers* (Gupta et al., 2010).

3.4.1 *Vouchers* e seleção adversa

Os sistemas de *vouchers* por vezes ignoram a natureza imperfeita da concorrência nos mercados, supondo a existência de um mercado de concorrência perfeita. Mas como a concorrência é, muitas vezes, imperfeita, para que os programas funcionem deve existir regulação governamental que impeça a ocorrência da seleção-adversa (Cosse, 2003).

Rothschild e Stiglitz citado em Wynand & René (1995) fizeram a suposição de que o mercado é composto por dois tipos de consumidores: os de elevado risco e os de baixo risco. No entanto, as organizações/entidades prestadores de serviços abrangidos pelos sistemas de *vouchers* não podem discriminar os seus potenciais clientes, podendo ocorrer o problema da seleção-adversa, transformando os mercados de concorrência perfeita em mercados competitivos e instáveis.

Um exemplo concreto é dado pelo caso dos *vouchers* educacionais em que é a partir da escolha das escolas públicas ou privadas feitas pelos alunos que irá depender o financiamento dos estabelecimentos de ensino. Assim, as universidades e os institutos superiores politécnicos irão competir entre si por alunos e financiamento, utilizando com argumento concorrencial a

oferta dos diversos cursos, a qualidade do ensino e dos seus professores e a capacidade de inserção dos seus diplomados no mercado de trabalho (Wynand & René, 1995)

Esta competição irá beneficiar, muito provavelmente, as universidades privadas, que se encontram mais habituadas à concorrência no mercado educativo que irão atrair os “melhores” alunos e professores, reiniciando um processo de seletividade que diminuirá um dos principais objetivos da criação do *vouchers* educacional: a equidade no sistema educativo. Em consequência, com o mesmo *voucher*, determinados jovens terão mais oportunidades do que outros, uma vez que o nível de rendimentos e o padrão cultural dos diversos agregados familiares são diferentes, o que implicaria diferentes possibilidades de acesso à informação, de deslocação e de seleção e escolha das escolas públicas ou privadas (Cabrito, 2003).

Relativamente aos *vouchers* na saúde, estes ambicionam o acesso a cuidados de saúde de qualidade dos grupos mais desfavorecidos. No entanto, e tal como nos sistemas educacionais, quem mais beneficiará dos sistemas de *vouchers* na saúde será a população-alvo melhor informada e com maiores possibilidades de acesso a prestadores de serviços mais bem conceituados, podendo ocorrer, mais uma vez, o risco de seleção adversa (Butler & Moffit, 1995).

Todos estes argumentos acima apresentados nos conduzem a mais uma, e não menos importante, desvantagem dos sistemas de *vouchers*: a seleção adversa. Algumas abordagens que podem ajudar a minimizar o risco da seleção adversa passam pela regulação das práticas de marketing, gestão do processo de inscrição e fornecimento de informações padrão sobre o programa de *vouchers* em questão e pela adoção de determinados padrões de qualidade que possam garantir que todos os beneficiários recebem os cuidados adequados (Moon & Davis, 1995). No caso do *voucher* para a saúde oral que será discutido no capítulo seguinte, existe uma entidade – Entidade Reguladora da Saúde - que tem como incumbência impedir a existência de situações de seleção adversa.

3.5 - Avaliação da Qualidade dos Sistemas de *Vouchers*

Um dos objetivos principais dos programas de *vouchers* centra-se na melhoria da qualidade dos serviços/produtos oferecidos. Esse objetivo pode ser alcançado através do desenvolvimento de uma competição positiva entre os prestadores de serviços/fornecedores durante o processo de acreditação, bem como, através do desenvolvimento e implementação de processos de controlo e avaliação dos programas, utilizando, para esse efeito, revisões do trabalho efetuado, visitas às instalações e auditorias (Janischa et al., 2010).

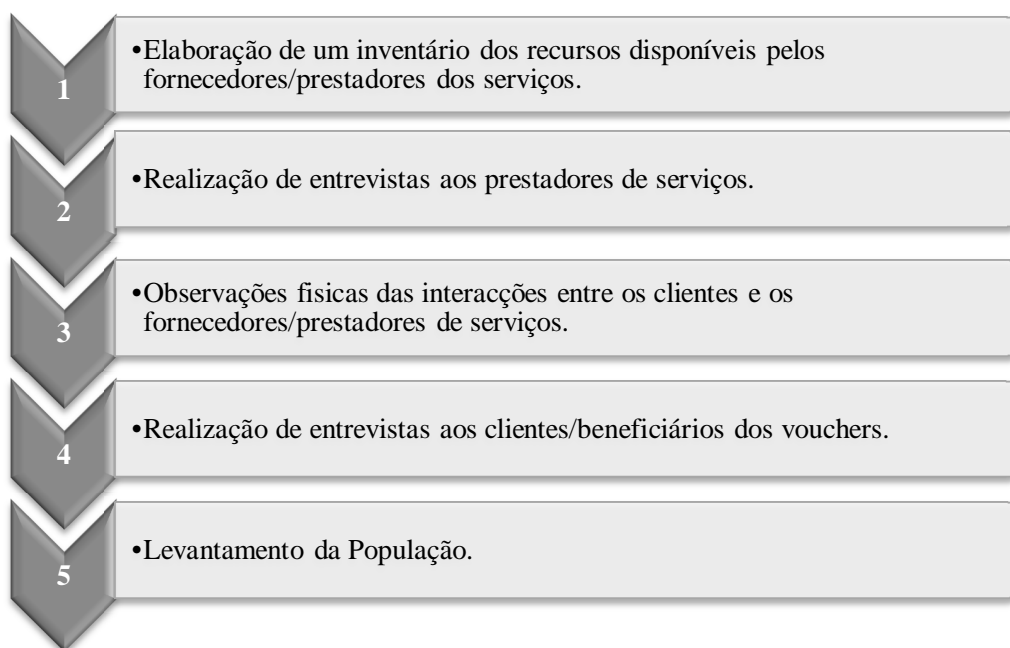
Uma auditoria é um exame sistemático e independente com vista a determinar se as atividades e resultados relativos à qualidade satisfazem os critérios inicialmente estabelecidos e se esses critérios são os mais adequados e estão na realidade a ser implementados (Teixeira, 2006). O recurso a auditorias é um importante mecanismo adotado em sistemas da avaliação da qualidade, originando uma maior segurança para todas as partes interessadas do sistema de *voucher*. Estas fazem parte de um sistema global de controlo da entidade ou programa de *voucher* a auditar e possuem duas funções importantes: constituírem-se como um mecanismo de controlo que permite comparar a situação existente com critérios predeterminados e serem utilizadas como um mecanismo de controlo preventivo, permitindo, assim, evitar que os seus intervenientes cometam erros, com a identificação e proposta de mecanismos que melhorem o desempenho da entidade ou do programa auditado.

Segundo Juan (2005), a qualidade de um sistema de *voucher* pode ser dividida em: qualidade técnica, ou seja, o que afeta a capacidade do sistema para melhorar a saúde; e qualidade humana, que se relaciona com a satisfação dos pacientes com os serviços ou produtos que lhes foram proporcionados pelo *voucher*.

Na perspetiva de Warren et al. (2011), a avaliação da qualidade de um sistema de *vouchers* pode incorporar cinco procedimentos, como podemos verificar na figura 8. Primeiramente, a elaboração de um inventário dos recursos disponíveis pelos fornecedores/prestadores dos serviços que se candidatam à participação no programa, que deve incluir: a descrição das instalações; o número o tipo de formação dos funcionários envolvidos; os serviços ou produtos oferecidos; a disponibilidade dos equipamentos; entre outros. O segundo procedimento refere-se a realização de entrevistas aos prestadores de

serviços que irão averiguar os seus conhecimentos, as suas perceções das barreiras e dos desafios operacionais que podem influenciar aceitação ou não dos *vouchers*, bem como as suas atitudes em relação ao processo de acreditação. Um outro procedimento retrata as observações físicas, por parte dos responsáveis da Agencia de Gestão dos *Vouchers*, das interações entre os clientes e os fornecedores/prestadores de serviços. O quarto procedimento foca-se na realização de entrevistas aos clientes/beneficiários dos *vouchers* com o objetivo de verificar as suas perceções do serviço recebido. Por último, é referida a importância do levantamento da população que permitirá comparar os padrões de utilização dos *vouchers* e as diferenças entre as comunidades que têm acesso aos *vouchers* e as comunidades que não têm acesso (Warren et al., 2011).

Figura 8 – Procedimentos para avaliação da qualidade de um sistema de *vouchers*.



Fonte: Adaptado de Warren et al. (2011).

A avaliação da qualidade dos sistemas de *vouchers*, e em jeito de conclusão de algumas das informações que foram descritas neste capítulo até ao momento, poderia centrar-se na resposta a determinadas questões enunciadas na tabela 2 e divididas em cinco dimensões (sociodemográfica, técnica, financeira, da qualidade e geral).

Tabela 2 – Questões a serem tidas em conta para a avaliação dos *vouchers*

Dimensão	Questões	Fonte
Sociodemográfica	· Sistemas de <i>vouchers</i> permitem uma correta segmentação dos seus destinatários?	Gorter et al. (2003), Emanuel e Fuchs (2007) e Meyer et al. (2011).
	· Sistemas de <i>vouchers</i> são corretamente distribuídos, chegando a abranger toda a população (incluindo os grupos mais desfavorecidos)?	Gorter et al. (2003) e Emanuel e Fuchs (2007)
	· Qual a proporção entre o número de <i>vouchers</i> distribuídos e o número de <i>vouchers</i> utilizados?	Gorter et al. (2003)
	· Quais as razões para os beneficiários não utilizarem o <i>voucher</i> a que tiveram direito?	Gorter et al. (2003)
	· Sistemas de <i>vouchers</i> possibilitam um acesso facilitado dos beneficiários a vários prestadores, inclusive os do sector privado?	Gorter et al. (2003)
Técnica	· Sistemas de <i>vouchers</i> conduzem efetivamente a melhorias na saúde dos seus beneficiários?	Emanuel e Fuchs (2007)
	· Órgãos gestores dos sistemas de <i>vouchers</i> deverão possuir determinados atributos essenciais, como a neutralidade autonomia e boa capacidade de comunicação com todas as partes interessadas?	IGES (2012)
	· Órgãos gestores dos sistemas de <i>vouchers</i> tem um papel importante no seu sucesso?	Bhatia & Gorter (2007)
Financeira	· Sistemas de <i>vouchers</i> permitem uma redução de custos, para os beneficiários, no acesso a determinados serviços específicos?	Gorter et al. (2003) e Emanuel e Fuchs (2007)
	· Gestão dos sistemas de <i>vouchers</i> efetua uma correta seleção, contratação e reembolso dos prestadores dos serviços?	IGES (2012)
	· Quais os principais custos na implementação de um sistema de <i>vouchers</i> ?	Barros (1999)
Qualidade	· Sistemas de <i>vouchers</i> permitem melhorar a segurança e a qualidade do atendimento aos utentes?	Emanuel e Fuchs (2007)
	· Sistemas de <i>vouchers</i> promovem a concorrência entre os diversos prestadores dos serviços?	Gorter et al. (2003)
	· Sistemas de <i>vouchers</i> conduzem à acreditação e à prestação de serviços de elevada qualidade, por partes dos prestadores selecionados?	Gorter et al. (2003)
	· Sistemas de <i>vouchers</i> incentivam os prestadores a fazer melhorias, possibilitando-os de credenciar as suas instalações, conseguindo assim um aumento da qualidade?	Gorter et al. (2003) e Schmidt et al. (2010)
	· Sistemas de <i>vouchers</i> permitem uma maior monitorização e avaliação do desempenho dos programas de <i>vouchers</i> e dos seus prestadores?	Gorter et al. (2003) e Gupta et al. (2010)
	· Qual a importância da existência de um adequado sistema de informação que dê apoio ao programa de <i>voucher</i> em causa?	Bhatia & Gorter (2007)
	· Os sistemas de <i>vouchers</i> provocam a ocorrência de seleção adversa?	Moon & Davis (1995), Cosse (2003) e Butler & Moffit (1995)
Geral	· Serão os inconvenientes dos sistemas de <i>vouchers</i> (como a possibilidade de ocorrência de fraudes, as dificuldades com os enquadramentos legais e regulamentares e o conluio entre fornecedores e distribuidores) superiores as suas vantagens, originando, em último caso, a sua cessação?	Gorter et al. (2003), Sousa (2008) e Bellows et al. (2010)

3.6 - Casos de Aplicação de Sistemas de *Vouchers*

Ao longo da segunda metade do século XX a distribuição de *vouchers* atravessou campos tão variados como a educação, a saúde, o emprego, a formação, os cuidados aos idosos, a habitação, a segurança social, o bem-estar das populações, entre outros. Nesta secção vamos analisar alguns dos Casos de Aplicação de Sistemas de *Vouchers* em diferentes sectores.

3.6.1 Aplicações de sistemas de *vouchers* no sector da educação

Vouchers educacionais:

Há muito tempo que os especialistas e estudiosos da educação têm feito diversas críticas aos sistemas educacionais latino-americanos. De entre elas pode destacar-se: a ineficiência do sistema educacional, os fracos resultados nas avaliações de qualidade, os elevados custos por aluno e por ingresso nas escolas e a desigualdade de rendimentos possuídos pelos diferentes tipos de escolas. Em todas estas dimensões, referidas anteriormente, a comparação entre as escolas de gestão pública e as de gestão privada favorece estas últimas (Cosse, 2003).

Posto isto, o governo argentino ofereceu um sistema de *voucher* educacional às famílias mais carenciadas para que elas pudessem matricular e pagar a escola (pública ou privada) que desejassem para os seus filhos estudarem.

O sistema de *voucher* educacional permitiria assim o direito de escolha ao consumidor, de forma a estimular o interesse, a participação, o entusiasmo e a dedicação relativamente ao sistema de ensino, e a competição saudável entre as escolas públicas e as escolas privadas, bem como a promoção da igualdade de oportunidades e o aumento da qualidade (Cosse, 2003).

Como principais resultados deste sistema de *vouchers* educacional pode destacar-se: o equilíbrio no mercado educacional, a melhoria da eficiência e a atenuação das diferenças nas avaliações da qualidade entre as escolas públicas e privadas. No entanto, foi surpreendente que, apesar da propaganda nos jornais, rádio, televisão, entre outros, 25% da população não

sabia da existência deste sistema de *vouchers*, não tendo sido demonstrado por parte dos pais grande interesse em mudar os filhos de escola, seja pela escassez de oferta no início da implementação do sistema de *vouchers* educacional, seja pela forte relação que prendia os filhos à escola que frequentavam (Cosse, 2003).

Outros dois sistemas de *vouchers* educacionais foram aplicados na Colômbia e no Chile.

O objetivo do sistema de *vouchers* na Colômbia centrava-se em oferecer as melhores oportunidades de educação secundária para as crianças mais pobres e os recursos suficientes para expandir a capacidade da escola pública. O programa, decorreu de 1991 a 1999 e teve como principais resultados o aumento da heterogeneidade entre os municípios e entre escolas privadas. No entanto, o efeito líquido foi de tal forma que os benefícios dos *vouchers* foram mais do que suficiente para compensar os custos, verificando-se um aumento do sucesso escolar e do desempenho académico (Gorter et al., 2003).

O caso chileno é um dos primeiros exemplos de sistemas de *vouchers* na educação em países em desenvolvimento. Este sistema, que começou em 1980, foi concebido para incentivar a concorrência a nível das escolas municipais. O sistema foi implementado de uma forma que permitiu que as escolas privadas competissem com escolas públicas municipais, dando oportunidades à população mais pobre de optar entre qualquer uma das escolas. Acredita-se que o programa foi bem-sucedido e de entre as evidências do seu sucesso, pode-se destacar o aumento drástico no número de matrículas de estudantes em escolas privadas (Gorter et al., 2003).

Vouchers educacionais para alunos com necessidades especiais:

Quando se fala em *Vouchers* educacionais associamos logo a possibilidade de escolha, por parte dos pais, das escolas onde querem ver os seus filhos, no entanto, uma outra vertente dos *vouchers* educacionais, não menos importante, focaliza-se em programas de *vouchers* que atendem a necessidades específicas de alunos com deficiência.

Os *vouchers* educacionais para alunos deficientes já existem há mais de uma década e tem crescido a um ritmo considerável. A iniciativa mais antiga deste tipo de *vouchers* é *Florida's McKay Scholarships for Students with Disabilities Program*, criado em 1999 sob o

governo estadual de Jeb Bush. Atualmente, este programa constitui um dos maiores do país, tendo abrangido mais de 22.000 crianças no ano letivo 2010-2011 (Winters, 2011).

Iniciativas similares estão, também, a operar na Geórgia (abrangendo cerca de 2.000 alunos), em Louisiana (abrangendo cerca de 1600 alunos), em Oklahoma (abrangendo apenas 6 alunos – funcionando como um teste piloto), e em Utah (abrangendo cerca de 624 alunos).

Este tipo de *vouchers* permite que os alunos com deficiência possam frequentar escolas que melhor satisfazem as suas necessidades, a um custo menor para os seus pais. Segundo Winters (2011) os incentivos trazidos pelos *vouchers* educacionais especiais têm ajudado a melhorar a qualidade do ensino que as escolas públicas oferecem a todos seus alunos e, especialmente neste difícil momento para as finanças de grande parte dos países, são exatamente o tipo de política de educação que os reformadores e os legisladores devem, verdadeiramente, ponderar.

3.6.2 Aplicações de sistemas de *vouchers* no sector da saúde

Vouchers universais de cuidados de saúde:

A insatisfação com o sistema de saúde dos Estados Unidos da América é generalizada. Quase um em cada seis norte-americanos não tem seguro de saúde, as despesas de saúde estão a aumentar rapidamente, os custos administrativos bem como os erros na assistência médica são elevados (incluindo o uso excessivo e subutilização de medicamentos e procedimentos).

Para colmatar esta situação, um sistema de *vouchers* universal (EUA) foi proposto por Emanuel e Fuchs com o objetivo de reabilitar o sistema de saúde dos EUA, estabelecer a cobertura universal de toda a população, controlar os custos e melhorar da qualidade da prestação de serviços de saúde. A proposta de *voucher* proposta por Emanuel e Fuchs é ainda coerente com os valores fundamentais americanos de simplicidade, igualdade de oportunidades para toda a população e liberdade individual de escolha (Emanuel & Fuchs, 2007 e Fuchs & Emanuel, 2005).

Para a maioria dos americanos, a inscrição num plano de saúde sob o sistema de *voucher* universal de cuidados de saúde conduziria a diversas vantagens: uma maior escolha dos planos de saúde, a possibilidade de todos os americanos poderem aceder a diversos serviços de saúde (a ninguém poderia ser negado a inscrição ou o acesso a este tipo de sistema), a isenção de qualquer pagamento pelos serviços de saúde padrão usufruídos (o sistema de *vouchers* cobre a totalidade dos custos) e, ainda, a possibilidade de os inscritos no sistema de *vouchers* poderem optar por comprar (ou não) outros serviços adicionais e quanto estão dispostos a pagar por eles (Emanuel & Fuchs, 2007).

O *Migrant Farmworkers Voucher System in the US* retrata uma outra aplicação dos sistemas de *vouchers*, estando direcionada para os trabalhadores sazonais e os migrantes dos EUA (Gorter et al., 2003). Os trabalhadores rurais migrantes apresentam um estilo de vida transitório o que torna muito difícil para eles o acesso aos cuidados de saúde. Embora estas populações sejam essenciais para a agricultura, os trabalhadores sazonais e os migrantes ganham rendimentos modestos, suportam condições de vida precárias, e muitas vezes vivem na pobreza. As redes de segurança social disponíveis para a maioria dos pobres urbanos e rurais geralmente não estão disponíveis para os trabalhadores migrantes e estes estão entre os mais desfavorecidos da população dos Estados Unidos. Alguns possuem um seguro de saúde privado, uma vez que trabalham para o mesmo empregador por tempo suficiente para se qualificar para a cobertura dos cuidados de saúde. Embora o seu nível de rendimentos familiares os qualifiquem para o programa estadual de assistência médica, os migrantes e trabalhadores sazonais raramente ficam num estado ou município o tempo suficiente para satisfazer o requisito de residência de 30 dias. Devido a estas circunstâncias, um sistema financiado pelo governo federal para subsidiar os cuidados de saúde para os migrantes evoluiu.

No entanto, com um fator mobilidade, as necessidades desses trabalhadores migrantes não poderiam ser atendidas adequadamente pelas clínicas de saúde e em 1987 um sistema de *vouchers* foi proposto com a finalidade de preencher as lacunas de acesso aos serviços de cuidados primários dos migrantes. Em 1993, 15 organizações estavam a receber *vouchers* e

em 1999 esse número aumentou para 21, conseguindo abranger mais de 60 mil trabalhadores migrantes (Slesinger & Ofstead, 1996).

Também em Taiwan, em 1995, se iniciou um *voucher* nacional de saúde universal, financiado conjuntamente por impostos sobre os salários, subsídios e prémios individuais.

Após a introdução do *voucher* nacional de saúde, a utilização de serviços médicos aumentou, verificando-se uma melhoria da saúde em todo o país, a expectativa de vida da classe populacional que apresentava maiores taxas de mortalidade antes da introdução do seguro nacional de saúde aumentou e a disparidade na saúde diminuiu. Os grupos com pior estado de saúde tiveram uma redução relativamente maior na morte por doenças cardiovasculares, seguido por doenças mal definidas e doenças infecciosas. Com este caso aprende-se que para reduzir ainda mais a disparidade na saúde, os programas de *vouchers* devem incorporar a prevenção de saúde primária, dando ênfase à redução do risco de vida (Wen et al., 2008).

Vouchers odontológicos:

A aplicação de *vouchers* no sector da saúde e especificamente na odontologia tem sido bastante limitada até á data.

Os serviços de saúde oral incluem a prática clínica de serviços odontológicos, a educação da comunidade em saúde oral e a gestão dos casos de saúde oral. A prática clínica de serviços odontológicos inclui toda a gama de serviços odontológicos, a educação da comunidade em saúde oral destina-se a incentivar boas práticas de higiene oral que contribui para a prevenção da cárie dentária e outras doenças bucais e a gestão dos casos de saúde oral refere-se aos processos de gestão que facilitem a prestação dos serviços de saúde oral aos pacientes (Dental Services Development and Subsidy Programs, 2001).

Apenas alguns exemplos de *vouchers* em odontologia são evidentes. O Estado Americano do Maine publicou o “*Dental Services Development and Subsidy Programs*” estabelecendo os programas de *vouchers*. O Estado do Texas, citado em “*Voucher Systems in the Delivery of Health Care Services*”, implementou um programa de *vouchers* dentistas para crianças que foram encaminhados por uma equipa odontológica do município a que

pertenciam as escolas e fizeram exames de triagem, sendo depois acompanhadas por dentistas especializados das suas áreas de residência. Também o Estado do Dakota do Sul, citado em "*Voucher Systems in the Delivery of Health Care Services*", recebeu uma pequena doação para um projeto-piloto de *vouchers*. Os *vouchers* eram usados por um programa móvel de odontologia, sendo utilizados para complementar os casos que davam mais trabalho para a unidade móvel ou que precisavam de anestesia ou outro equipamento especial que as unidades móveis não tinham. Este projecto-piloto apresentou uma elevada taxa de sucesso.

3.6.3 Aplicações de sistemas de *vouchers* no sector da saúde: países de baixos rendimentos

América Central:

O Central American Institute for Health (ICAS) tem feito experiências com programas de *vouchers* na Nicarágua há quase 10 anos. Todos esses programas desenvolvidos pelo ICAS surgiram como projeto de pesquisa, mas o seu sucesso na obtenção dos objetivos propostos garantiram a sobrevivência dos programas (Gorter et al., 2003). Atualmente o ICAS executa quatro programas de *vouchers*.

O mais antigo dos programas opera desde 1995, realizou mais de 12 mil consultas de saúde sexual e visa deter o desenvolvimento de uma epidemia da SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, reduzindo as taxas de DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis), entre os grupos mais vulneráveis. Segundo, um programa que visa melhorar a captação e a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, que funciona desde 2000 e no qual já participaram mais de 6.000 adolescentes. Um outro programa de prevenção do cancro do colo do útero a operar desde 1999, que visa a redução da morbilidade e da mortalidade por cancro de colo do útero e que já acolheu cerca de 9.000 mulheres. Por último, um programa de prevenção do cancro cervical semelhante em El Salvador, iniciou a distribuição de *vouchers* não sendo ainda possível avaliar o impacto (Gorter et al., 2003).

Indonésia:

Em 1997, o National Family Planning Coordinating Board (BKKBN) e o Ministério da Saúde lançaram um projeto de maternidade segura, financiado pelo Banco Mundial. O projeto visava abordar a oferta e a procura do planejamento familiar e da prestação de serviços de cuidados de saúde maternos.

Os *vouchers* foram distribuídos por algumas ONGs a representantes de vilas e aldeias mais carentes da Indonésia. Os destinatários foram convidadas a assinar um formulário, que incluía o nome da mulher (e do seu marido) e o seu endereço, bem como o nome e a assinatura da pessoa que distribuiu o formulário. As mulheres que receberam os *vouchers* podiam utilizá-los para o pagamento de parteiras contratadas. Diversas quantidades de *vouchers*, com códigos de cores foram fornecidos para cada tipo de serviço (ou seja, cores diferentes para o planejamento familiar, os cuidados pré-natais, o parto obstétrico normal, os cuidados de referência pós-natal, a saúde da família, entre outros). Os *vouchers* eram, depois, apresentados pelas parteiras às autoridades distritais e o reembolso era feito mensalmente (Gorter et al., 2003).

Quênia:

No Quênia, como em muitos outros países com baixos níveis de desenvolvimento, o acesso a serviços básicos de saúde é bastante limitado, especialmente para a população mais pobre, verificando-se uma elevada taxa de mortalidade materna, a falta de acesso a cuidados médicos e os reduzidos meios financeiros (Janischa et al., 2010).

O Projeto de Saúde da Juventude no Quênia foi implementado com o objetivo de aumentar o acesso dos jovens a serviços de qualidade de saúde reprodutiva² e sexual. Foi um projeto-piloto, com a duração de 3 anos, ocorrendo de 1998 a 2000, onde jovens com formação distribuíam *vouchers* de cuidados de saúde sexual e reprodutiva aos jovens entre os

² A saúde reprodutiva pressupõe que as pessoas sejam capazes de ter: uma vida sexual responsável, satisfatória e segura; a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir quando e quantas vezes o pretendem fazer e ainda o direito de serem informados e terem o acesso aos serviços de saúde mais apropriados (Bellows, 2011).

10 e os 24 anos que necessitavam desses mesmos serviços. Os prestadores foram, posteriormente, reembolsados de acordo com o serviço prestado. Praticamente 100% dos *vouchers* que tinham sido distribuídos foram utilizados, uma vez que só mesmo os jovens que necessitavam dos serviços em questão receberam o *vouchers*. No final de cada mês os prestadores dos serviços de saúde apresentavam os *vouchers*, com o respetivo diagnóstico do paciente e o tratamento que lhe foi prestado (Gorter et al., 2003).

Em 2005, os governos do Quênia e da Alemanha, em cooperação com *KfW Banking Group* disponibilizaram fundos para a oferta de *vouchers* de apoio à Saúde Reprodutiva. Este programa, referido, segundo Janischa et al. (2010), como *Vouchers* para a Saúde, foi lançado em Junho de 2006 em cinco distritos do Quênia com o objetivo de proporcionar às mulheres mais pobres o acesso a cuidados de serviços de saúde reprodutiva, alcançando, assim, a redução da mortalidade infantil e das mulheres durante os partos. A avaliação do impacto preliminar do sistema de *vouchers* referido demonstra que as taxas de utilização do mesmo foram bastante elevadas e que o projeto se está a desenvolver satisfatoriamente, sendo que, em 2007, mais de 65 mil *vouchers* já tinham sido distribuídos e cerca de 34 mil tinham sido pedidos (IGES, 2012).

Zâmbia:

Em Lusaka, Zâmbia, foi efetuado um estudo para avaliar os conhecimentos e as preferências dos jovens relativamente a métodos de contraceção a fim de recomendar os canais mais eficazes para a prestação de serviços de contraceção de emergência. Quatro diferentes tipos de atores ligados à saúde estiveram envolvidos no projeto: os responsáveis das farmácias privadas, os conselheiros das clínicas, os funcionários de clínicas públicas (médicos e enfermeiros) e os responsáveis pela distribuição dos *vouchers* à comunidade, que foram treinados para fornecer informações sobre a contraceção de emergência e distribuir *vouchers* de pílulas anticoncepcionais de emergência.

O número exato de *vouchers* atribuído a cada categoria de trabalhadores de saúde foi gravado para acompanhar o número de contactos feitos com os jovens. Ao longo do estudo, os *vouchers* resgatados foram armazenados numa base mensal, o que permitiu que os dados

fossem processados, permitindo assim acompanhar o projeto, a frequência e os padrões pelos quais os *vouchers* eram emitidos e resgatados, ao longo do tempo (Gorter et al., 2003).

Índia:

Este programa de *vouchers* em Saúde Reprodutiva e Infantil começou como um projeto-piloto, em Setembro de 1999, em quatro áreas de favelas de Calcutá, onde os serviços de Saúde Reprodutiva e Infantil estavam ausentes ou eram, até então, inadequados. O programa foi um componente do Programa de Iniciativas Locais, um projeto financiado pela *Bill & Melinda Gates Foundation*.

Atualmente, o projeto cobre aproximadamente 250.000 pessoas, sendo que trinta médicos privados atuam como médicos de referência do sistema de *voucher*. Embora haja variação de médico para médico, em média, 50 *vouchers* são reembolsados a cada médico por mês.

Entre as lições aprendidas, a principal prende-se com a participação de médicos particulares e do governo na prestação de serviços especializados para os moradores das favelas, aumentando assim o acesso destas comunidades a serviços de Saúde Reprodutiva e Infantil com qualidade, perto das suas áreas de residência e a custos reduzidos, o que antes era impensável para estas pessoas (Gorter et al., 2003).

3.6.4 Aplicações de sistemas de *vouchers* em outros sectores

Os *Vouchers* são extremamente flexíveis e têm sido empregues em muitas configurações diferentes para oferecer os mais diversos serviços. É de realçar que existiram algumas experiências utilizando *vouchers* apenas como uma ferramenta de referência, como é o caso da República Dominicana (Caram, 2002), onde uma Organização Não-Governamental (ONG) utilizou *vouchers* para facilitar o processo de encaminhamento dos pacientes de acordo com suas necessidades para suas próprias clínicas e para clínicas contratadas nas áreas geográficas onde a própria ONG não tinha clínicas disponíveis.

Um *voucher* de referência é uma ferramenta atraente para prestadores de serviços, bem como para os destinatários, pois fornece, por escrito, os serviços específicos que o destinatário tem o direito, onde pode ser atendido e até mesmo por quem (Gorter et al., 2003).

Os sistemas de *vouchers* têm sido utilizados para auxiliar programas de pesquisa como uma ferramenta para recolher informações e criar incentivos para atrair voluntários, tendo sido, igualmente utilizados em ensaios clínicos para avaliar a eficácia da remoção de barreiras financeiras à mamografia de mulheres idosas de baixos rendimentos ou para investigar barreiras para exames gratuitos de cancro de próstata para homens no Sudeste dos Estados Unidos.

Finalmente, os *vouchers* têm sido empregues como uma forma de criar incentivos para a mudança comportamental: nesta configuração um *voucher* é uma espécie de "prémio" ou recompensa para encorajar uma pessoa a manifestar certos comportamentos, por exemplo, a não consumirem drogas durante um determinado período de tempo, a deixarem de fumar ou a assistirem a determinadas secções de formação (Gorter et al., 2003).

Vouchers de transportes rurais para pessoas com deficiência - EUA

A falta de transporte é um dos problemas mais citados que enfrentam as pessoas com deficiência que vivem em áreas rurais. Bernier & Seekins (1999) avaliaram a possibilidade de implementar um programa de *vouchers* em três comunidades (no Nordeste do Montana, em Ravalli County, e em Yankton no Dakota do Sul), com a finalidade de aumentar o acesso de pessoas com deficiência, que vivem em áreas rurais, a alguns meios de transporte.

As viagens disponibilizadas pelo programa de *vouchers* poderiam ser em trabalho, em passeios, em idas ao hospital, em suma, para satisfazer as necessidades das pessoas com deficiência, na qual estas apenas teriam de pagar um valor relativamente baixo. Como tal, este estudo revelou que os sistemas de *vouchers* representam um meio viável de fornecer transportes a pessoas com deficiência (Bernier & Seekins, 1999).

Vouchers ChildCare

Os *vouchers* de acolhimento de crianças são “vales” apoiados pelo governo para ajudar os pais que detêm uma elevada carga horária de trabalho a pagar creches de qualidade onde

possam deixar os seus filhos. Este tipo de sistema de *vouchers* de acolhimento de crianças tem as suas origens em torno de 1989, no entanto, só foi implementado, na realidade, em 2005 (Carter, 2011).

O fornecimento de *vouchers* inclui o pagamento de determinado montante a entidades ou prestadores de cuidados infantis, dependendo do rendimento de cada agregado familiar, representando um apoio do estado para estas entidades/prestadores e promovendo, ainda, melhores práticas neste sector (Carter, 2011).

3.6.5 Aplicação de sistemas de vouchers em Portugal – o Cheque-Ensino

O aumento na eficiência do sistema educacional e a retenção de jovens no sistema de educação / formação, numa tentativa de reduzir a elevada taxa de abandono escolar precoce, tem sido um tema bastante debatido nos últimos tempos (Corvelo, 2006). A existência de instituições privadas, executando mensalidades mais elevadas, dificilmente contribui para a “liberdade de escolha dos consumidores”, uma vez que o valor de propinas exigido impede que grande parte dos jovens portugueses se candidate a essas instituições (Cabrito, 2004).

Neste seguimento, algumas têm sido as propostas sugeridas para ajudar o financiamento dos alunos, através dos *vouchers* ou cheque-ensino. Os *vouchers* têm sido apresentados como forma de criar a necessária equidade do sistema de ensino, possibilitar o exercício do direito de escolha e minimizar as despesas com as instituições, tornando-as mais eficientes e de garantir uma maior capacidade de escolha ao estudante. O *voucher* surge, assim, como uma possibilidade de financiamento direto ao estudante que poderá então optar pela instituição de ensino que pretende (Friedman, 1962 citado em Cabrito, 2003). Este tipo de sistemas de *vouchers* permite um maior estímulo no interesse e na dedicação dos alunos que sentem mais motivados; o acesso dos mais pobres a escolas privadas e conduz à possível competição, com a posterior redução dos custos, e a melhoria da qualidade do ensino (Sousa, 2008).

3.7 - Conclusões

Os sistemas de *vouchers* representam mecanismos com um determinado valor financeiro e que podem ser utilizados no pagamento de produtos ou serviços específicos. Na área da saúde, estes funcionam frequentemente como uma forma de incentivo para que determinada população-alvo previamente selecionada, possa aceder a serviços específicos como o planeamento familiar, o tratamento de doenças, cuidados de saúde infantil e materna, entre outros.

Os *vouchers* apresentam como objetivos principais a equidade no acesso a estes sistemas por parte de toda a população, a eficiência e a eficácia no decorrer da sua utilização e satisfação geral de todos os atores intervenientes (beneficiários, prestadores, gestores, entre outros).

Para que todos os objetivos acima descritos sejam cumpridos é necessário a existência de uma estrutura de gestão dos sistemas de *vouchers* adequada, sendo esta responsável pela seleção e a contratação dos prestadores dos serviços; pela monitorização e avaliação periódica do desempenho do *voucher*, assim como de todos os intervenientes, e, ainda, pelo reembolso dos prestadores dos serviços e outros atores.

Um correto sistema de *vouchers* poderá trazer diversas vantagens das quais se pode destacar: um maior controlo, a redução dos custos de acesso ao produto/serviço disponibilizado pelo *voucher*, a possibilidade de cooperação entre entidades públicas e privadas e o aumento da oferta e das opções de escolha dos consumidores, conduzindo assim a uma maior satisfação dos mesmos. No entanto, se não existir uma correta gestão deste tipo de sistemas podem surgir alguns problemas como: a incorreta segmentação dos beneficiários-alvo, erros resultantes dos processos de distribuição dos *vouchers* e do financiamento e pagamento dos *vouchers*, aumento dos custos devidos à necessidade de sistemas de gestão de informações ou de outras ferramentas de apoio à gestão mais sofisticados, a possibilidade de ocorrência de fraudes por parte dos beneficiários ou dos utentes, entre outros.

De forma a evitar a ocorrência desses problemas torna-se vital para o sucesso de qualquer tipo de *voucher* a definição e implementação de processos de controlo e avaliação dos programas em questão, podendo para tal recorrer-se a visitas às instalações dos prestadores de serviços envolvidos no programa do *voucher*, à realização de auditorias a todo

o programa e, ainda, à possibilidade de ouvir os beneficiários por exemplo através de entrevistas ou questionários de satisfação.

Os sistemas de *vouchers* já foram aplicados em diversas áreas, apresentando uma maior incidência na saúde e na educação. Realça-se, também, o facto de se verificar a aplicação destes sistemas em grande número nos países que apresentam menores rendimentos e às populações mais carenciadas, como forma de estabelecer uma maior equidade no acesso aos serviços mínimos a toda a população.

Em Portugal, a aplicação de sistemas de *vouchers* mais conhecida refere-se ao cheque dentista, sendo sobre esta que se focará todo o capítulo seguinte.

Capítulo 4

4. Caso de Estudo PNPSO

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) representa um programa específico de *vouchers* aplicado em Portugal. A partir deste programa surgiram os Cheques Dentistas, criados pelo Ministério da Saúde, pela OMD e pela OM, tendo como principal objetivo fornecer a determinada população-alvo cuidados de saúde oral gratuitos.

Este capítulo destina-se à apresentação e discussão do caso de estudo referente ao programa específico de *vouchers* - PNPSO.

Numa primeira fase é analisada o estado da saúde em Portugal, realçando-se a saúde oral. Seguidamente será discutida a evolução dos programas de promoção da saúde oral desde 1985, ano em que foram implementadas algumas medidas de prevenção e intervenção na saúde oral a crianças que frequentavam a escola, até à atualidade do PNPSO. Neste subcapítulo será, ainda, feita uma referência ao processo de contratualização e acreditação dos profissionais de saúde oral e ao método de financiamento do programa.

Posteriormente, será abordada a temática dos cheques dentistas, a forma como poderão ser utilizados pelos seus beneficiários, o valor monetário atribuído a cada cheque, os grupos-alvo beneficiários deste mecanismo, e o número máximo de cheque que cada utente poderá utilizar num dado período de tempo. Após a análise dos cheques dentista será apresentada a aplicação web que apoio na gestão do PNPSO - o Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO).

Finalmente, serão analisados os dados existentes referentes ao que já foi feito e às conclusões alcançadas sobre a avaliação da qualidade do PNPSO.

4.1 - Saúde em Portugal

O sistema de saúde apresentado por um país, bem como, a sua organização são dois fatores decisivos do estado de saúde da sua população. Em 2008, os gastos totais com a saúde representaram 10,1% do PIB em Portugal (mais do que a média dos países da OCDE), tendo

sido verificado que um dos principais fatores causadores do aumento dos gastos totais com saúde respeita ao aumento dos gastos em produtos farmacêuticos (OECD, 2011).

Em Portugal, tal como em muitos outros países, têm-se verificado uma diminuição da taxa de mortalidade infantil e um aumento da expectativa de vida devido, essencialmente: à melhoria das condições de vida, as intervenções na saúde pública e ao progresso na assistência médica. Por sua vez, tem-se verificado um aumento substancial da taxa de obesidade nas últimas décadas, o que representa uma maior probabilidade de ocorrência de problemas de saúde, e conseqüentemente, maiores custos de saúde (OECD, 2011).

O estado da saúde em Portugal tem sido alvo de interesse por parte de diversas entidades, podendo ser indicados como os seus principais *stakeholders*: os legisladores, os reguladores, as entidades gestoras, os financiadores, os prestadores dos cuidados de saúde, os fornecedores e os grupos de pressão (Ver Figura 9).

A legislação do sistema de saúde português depende, essencialmente, do Governo, através dos seus Ministérios das Finanças, Saúde, Segurança Social e Economia, sendo a regulação deste sistema da responsabilidade do Alto Comissariado da Saúde (entretanto extinto), da Direção-Geral da Saúde e da Entidade Reguladora da Saúde.

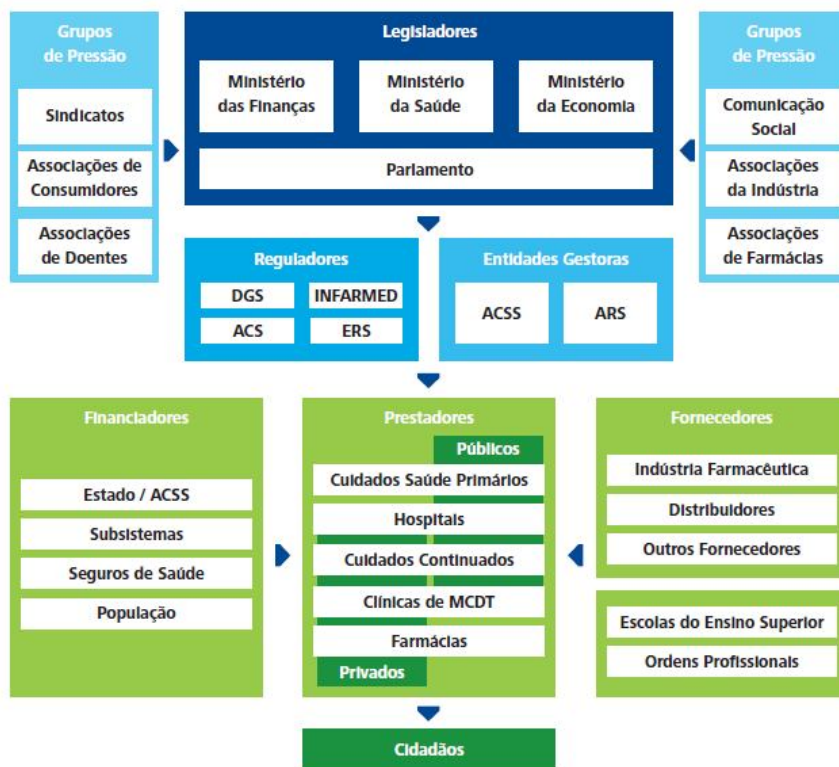
Como entidades gestores apresentam-se a Administração Central do Sistema de Saúde, responsável pela gestão dos recursos e sistemas de informação do SNS (sendo que os sistemas de informação passaram entretanto para a alçada dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SPMS) e as Administrações Regionais de Saúde, entidades responsáveis por garantir o acesso das populações à prestação de cuidados de saúde, nas regiões NUTS II de Portugal Continental.

Relativamente aos prestadores dos serviços de saúde poderão ser públicos, privados ou sociais, podendo ser classificados como prestadores de cuidados de saúde primários, secundários (ou hospitalares) e terciários (ou continuados). O financiamento desses mesmos cuidados está ao encargo do Estado, de possíveis seguros de saúde ou, ainda da própria população (através do pagamento de taxas moderadoras ou de impostos, por exemplo).

Por último, o sector da saúde constitui, também, uma grande preocupação para outros dois grandes grupos. Os fornecedores, como a indústria farmacêutica ou os diversos

distribuidores e fornecedores de equipamentos específicos apresentam uma preocupação especial; e os grupos de pressão, como sendo as várias associações e organizações de utentes, os sindicatos profissionais dos médicos e enfermeiros, as associações ligadas à indústria farmacêutica e os diversos meios de comunicação social.

Figura 9 - Principais *stakeholders* no sector da saúde em Portugal



Fonte: Deloitte Consultores, 2011.

O principal pilar do sistema de saúde português – a rede de cuidados de saúde primários (CSP) – tem como objetivos principais promover o acesso da população a este tipo de cuidados, bem como, melhorar a quantidade e a qualidade dos mesmos. Para que tal aconteça e, assim, seja melhorada a eficiência e a eficácia do SNS tem sido aplicadas, nos últimos tempos, diversas medidas e reformas (Deloitte Consultores, 2011).

Uma dessas reformas introduziu um novo modelo organizativo e de gestão da rede de cuidados de saúde primários através da criação de Agrupamentos de Centros de Saúde

(ACES), responsáveis pela orientação dos processos de prestação dos serviços de saúde a níveis regionais (Direção Geral da Saúde, 2011).

Uma área específica do acesso a cuidados de saúde prende-se com a Saúde Oral (SO).

A prevenção e o controlo de doenças orais implica o recurso organizado e contínuo a determinadas atividades, como sejam a promoção da higiene oral, a educação alimentar, o aumento da resistência dentária e o tratamento, o mais cedo possível, dos problemas que surjam nos indivíduos afetados, e que não se conseguiram evitar com a prevenção (Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2011).

Para um melhor planeamento e prevenção deste tipo de doenças é muito importante recorrer-se à avaliação do risco, ou seja, à identificação precoce dos indivíduos ou grupos potencialmente suscetíveis de desenvolverem determinadas doenças patológicas. O risco pode então ser definido como a probabilidade de ocorrer um determinado evento, neste caso, determinada doença, num determinado período de tempo, sendo que essa possibilidade de ocorrência dependerá quer da dimensão temporal quer da dimensão de causalidade (por exemplo, o consumo de substâncias com elevado teor de açúcar).

Existem em Portugal quatro tipos de profissionais que cuidam da Saúde Oral da população: os estomatologistas, os médicos dentistas, os odontologistas e os higienistas orais (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010a).

Os estomatologistas representam a classe mais antiga de profissionais responsáveis pelo tratamento das doenças orais, estando estes integrados no SNS. Por regra estão registados no Colégio de Estomatologia da Ordem dos Médicos.

Por sua vez, os médicos dentistas são profissionais que, na sua maioria, exercem exclusivamente funções em clínicas privadas, tendo se verificado um significativo aumento destes com o decorrer dos anos. Por regra, estão registados na Ordem dos Médicos Dentistas.

Relativamente aos odontologistas, estes têm um enquadramento muito específico, representam um grupo que provavelmente irá desaparecer, uma vez que não existe formação

específica para estes profissionais e, conseqüentemente, não deverão estar abrangidos nos planos de saúde oral.

Por último, os higienistas orais (HO) representam os profissionais responsáveis pela prevenção e não pelo tratamento das doenças orais, encontrando-se, também, integrados no SNS como técnicos de diagnóstico e terapêutica.

4.2 - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)

Desde 1985 que têm vindo a ser implementadas medidas de prevenção e intervenção na saúde oral, de acordo com o “Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar”. Este programa abrangia algumas atividades, tais como a educação sobre higiene oral, a administração frequente de flúor nas escolas, a observação periódica do estado da boca e dos dentes dos alunos, bem como a posterior recomendação do tratamento adequado. (Tribunal de Contas, 2009).

Posteriormente, em 1988, foram realizados alguns testes-piloto, relacionados com a prestação de cuidados de saúde oral, em três distritos de Portugal: Lisboa, Santarém e Castelo Branco, tendo sido generalizados a nível nacional a partir de 1996. Essa generalização deu origem à contratação dos médicos dentistas e estomatologistas para os diversos centros de saúde.

Tendo por base os resultados anteriores, referentes à saúde oral, foi criado e implementado, em 1999, o “Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes” (Tribunal de Contas, 2009). Mais tarde, entre 2000 e 2005, foram realizados alguns estudos de avaliação dos resultados obtidos pelo programa que estava a ser implementado, utilizando, para tal, uma amostra significativa de crianças e adolescentes. Esses estudos deram, assim, origem a uma estimativa do número de crianças ainda com necessidades de saúde oral, em cada região, tendo sido verificado a necessidade de reformulação do programa em vigor (Tribunal de Contas, 2009).

Posto isto, foi então criado, em 2005, o “Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral” (PNPSO). O PNPSO consiste numa iniciativa do Ministério da Saúde de Portugal, tendo

como objetivos primordiais a promoção da saúde oral e a prevenção das doenças orais, funcionando através da atribuição de cheques-dentista (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2010). No âmbito deste programa as doenças orais representam um dos principais problemas de saúde da população portuguesa, no entanto, poderão ser atenuadas caso exista uma prevenção e um tratamento adequado. A realização destas intervenções conduz, assim, à obtenção de ganhos em saúde relevantes e à redução dos custos com a saúde (Baldini et al., 2010).

Desde 2008 que o referido programa tem sido sucessivamente alargado a outros grupos-alvo, nomeadamente, a partir de 27 de Maio desse mesmo ano, começou a abranger grávidas em vigilância pré-natal seguidas no SNS, bem como idosos beneficiários do complemento social de apoio ao idoso. Em 2010, o PNPSO passou, ainda, a incluir os portadores de VIH/SIDA (Direção Geral da Saúde, 2011).

Por último, a gestão do PNPSO é da responsabilidade das ARS, sendo o acompanhamento e a avaliação do PNPSO da responsabilidade da DGS (Costa, 2010).

4.2.1 Contratualização e Acreditação dos Profissionais de Saúde

A contratualização e a acreditação envolve a definição de padrões mínimos de qualidade de referência e, posteriormente, a avaliação do cumprimento (ou não) dessas normas, por parte dos prestadores. Se isso se verificar, então os prestadores são autorizados a participar no programa (Gorter et al., 2003).

O processo de contratualização e acreditação de profissionais de saúde oral teve início no ano de 2000, tendo sido concretizado através da criação de parcerias com o sector privado (mais concretamente, com estomatologistas e médicos dentistas) para a prestação dos serviços até então não realizados no âmbito SNS, conseguindo, assim, garantir o acesso da população alvo aos cuidados de saúde oral (Tribunal de Contas, 2009).

A partir de 2005 e mantendo-se até 2008, o modelo de contratualização sofreu algumas alterações, tendo sido estabelecido o objetivo das prestações, as prioridades, o preço e a atribuição à DGS da definição das normas do processo e a distribuição do financiamento pelas

ARS. Tendo por base este modelo de contratualização, os médicos enviavam a sua candidatura e eram (ou não) posteriormente contratados pelas ARS da área e os beneficiários apenas podiam recorrer aos prestadores de cuidados médico-dentários que lhes eram referenciados pelo seu centro saúde (Ministério da Saúde, 2007 e 2008).

A partir de 2009, o modelo de contratualização em vigor foi substituído pelo recurso à utilização de um sistema de informação para a saúde oral (SISO), através do qual a adesão e a contratação dos prestadores de serviços é feita por via electrónica. É de realçar que, desde esse ano, o número de prestadores de serviços contratualizados tem aumentado substancialmente.

4.2.2 Financiamento do PNPSO

O financiamento do PNPSO, segundo a Auditoria feita pelo TC, provém do Orçamento de Estado, da dotação do SNS, sendo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) a gestora financeira, exercendo as funções de tesouraria e de controlo financeiro (Tribunal de Contas, 2009).

Este modelo de financiamento, disponibilizado pelo Estado, apenas engloba os gastos anuais com as remunerações da atividade contratualizada dos médicos dentistas e da avaliação feita aos serviços executados.

Relativamente as atividades de promoção e prevenção da saúde oral realizadas nas escolas e nos Centros de Saúde, bem como, os investimentos nos estabelecimentos públicos, as matérias consumíveis e os encargos com os higienistas orais ligados ao PNPSO são financiadas pelos Orçamentos das ARS.

Por sua vez, as campanhas de publicidade/divulgação do PNPSO são da responsabilidade da DGS.

4.3 - Cheques Dentista

Os Cheques Dentista fazem parte do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e foram criados pelo Ministério da Saúde, em concordância com a OMD e o colégio de

estomatologia da OM, para que determinada população, inicialmente selecionada, pudesse aceder gratuitamente a cuidados primários de Medicina Dentária. Com o decorrer do tempo, este acesso foi sucessivamente alargado a outros grupos da sociedade, como grávidas e idosos, podendo mesmo, futuramente, vir a abranger toda a população portuguesa.

Os cheques dentista recebidos pelos utentes podem, então, ser utilizados como método de pagamento dos cuidados de saúde oral (por exemplo, para o tratamento de cárie dentária e de doenças periodontais, que afetam significativamente todos os segmentos populacionais abrangidos por este método de financiamento), serviços esses prestados pelos médicos dentistas aderentes ao PNPSO e escolhidos livremente pelos próprios utentes (Universidade de Aveiro, 2007 e Departamento de Contratualização da ARS Algarve, 2011).

O **Cheque Dentista Crianças e Jovens** divide-se em “Cheque Dentista Infantil”, “Cheque Dentista Crianças 7 Anos”, “Cheque Dentista Crianças 10 Anos”, “Cheque Dentista Crianças 13 Anos” e “Cheque Dentista Crianças e Jovens <16 Anos”.

Ao grupo do “Cheque Dentista Infantil” pertencem as crianças com idade menor ou igual a 6 anos com os dentes de leite cariados, ou seja, crianças que apresentam casos muito graves nos dentes de leite e que podem afetar o nascimento dos definitivos; sendo o cheque atribuído pelo Médico de Família (MF) no Centro de Saúde e tem direito a um único cheque.

No grupo das crianças com 7 anos, é distribuído o “Cheque Dentista Crianças 7 Anos”, sendo atribuídos dois cheques desde que já tenham nascido os primeiros grandes molares. Se estes dentes não nasceram, o médico dentista aderente ao PNPSO e escolhido pelo beneficiário pode prolongar a data de validade do cheque por um ano e assim sucessivamente até que nasçam, sendo então o segundo cheque requerido pelo dentista.

No grupo de crianças com 10 anos, é distribuído o “Cheque Dentista Crianças 10 Anos”, sendo que este grupo tem direito a 2 cheques desde que já tenham nascido os pré-molares (dentes que substituem os molares de leite). Se estes dentes não nasceram, o médico dentista aderente ao PNPSO e escolhido pelo beneficiário pode prolongar a data de validade do cheque por um ano e assim sucessivamente até que nasçam, sendo então o segundo cheque requerido pelo dentista.

No grupo de crianças com 13 anos, é distribuído o “Cheque Dentista Crianças 13 Anos”. Este grupo tem direito a 3 cheques nos casos em que já tenham nascido os segundos molares, podendo o médico dentista aderente ao PNPSO e escolhido pelo beneficiário prolongar a data de validade do cheque por um ano e assim sucessivamente até que nasçam, sendo os segundo e terceiros cheques solicitados pelo médico dentista.

O “Cheque Dentista Crianças e Jovens <16 Anos” abrange crianças e jovens que frequentem escolas públicas e IPSS (Instituições Particulares de Segurança Social) com idades de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos, sendo apenas emitidos para estes utentes um único cheque valido até 31 de Agosto do ano letivo.

As utentes que recebem o **Cheque Dentista Grávida** têm direito a 3 cheques dentista que dão acesso a tratamentos dentários gratuitos por grau de gravidade. Estes tratamentos podem ser feitos em uma ou mais consultas, sendo cada caso avaliado individualmente pelo médico dentista. O primeiro cheque é distribuído no Centro Saúde pelo médico de família, sendo os segundo e terceiro cheque emitidos pelo médico dentista aderente ao PNPSO e escolhido pelo beneficiário, sendo que os cheques só dão acesso a tratamentos, não incluindo próteses dentárias, e têm uma validade até 60 dias após o parto.

Pertencem ao grupo do **Cheque Dentista Idoso** as pessoas que têm mais de 65 anos de idade e recebem o Complemento Social para Idosos. Este grupo tem direito a 2 Cheques Dentista que dão acesso a tratamentos dentários gratuitos por grau de gravidade. Estes tratamentos podem ser feitos em uma ou mais consultas, sendo cada caso avaliado individualmente pelo Médico Dentista. O primeiro cheque é dado no Centro Saúde pelo médico de família, sendo o segundo cheque emitido pelo médico dentista aderente ao PNPSO e escolhido pelo beneficiário. Uma vez concluído o tratamento, o utente pode pedir novamente o cheque dentista após 1 ano.

Relativamente aos **Cheques Dentista para utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA**, cada utente pode aceder, no máximo a 6 cheques dentista.

Na tabela 3 apresenta-se um resumo desta secção.

Tabela 3 – Grupos-alvo abrangidos pelo sistema de Cheque Dentista

Vertentes do PNPSO	População-Alvo	Nº Máximo de Cheques Dentista
SOSI - Saúde Oral em Saúde Infantil	Crianças com idade ≤ 6 anos	1
SOCJS - Saúde Oral nas Crianças e Jovens com idades até aos 16 anos	Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS com idades de 7,10 e 13 anos.	7 anos - 2 10 anos - 2 13 anos - 3
SOCJi - Saúde Oral nas Crianças e Jovens (idades intermédias) com idades até aos 16 anos	Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS com idades de 8,9,11,12,14 e 15 anos.	1
SOG - Saúde Oral nas Grávidas	Grávidas seguidas no SNS	3
SOPI - Saúde Oral nas Pessoas Idosas	Pessoas Idosas beneficiárias do complemento solidário	2
SOHIV - Saúde Oral em Utentes Infetados com o vírus HIV/SIDA	Utentes Infetados com o vírus HIV/SIDA	6

Fonte: Departamento de Contratualização da ARS Algarve (2011).

4.3.1 Valor monetário atribuído a cada cheque

Em 1999 foi efetuada uma parceria entre a DGS e a Ordem dos Médicos Dentistas tendo como finalidade estabelecer os princípios e metas a atingir com o com o com o programa de saúde oral. Dessa parceria ficou acordado que a execução da vigilância das crianças escolarizadas seria anual e que o valor para o pagamento aos médicos dentistas e estomatologistas contratualizados seria de €75.

Após auditoria do Tribunal de Contas (TC), realizada em 2009, verificou-se que apesar deste valor não apresentar qualquer metodologia explicativa para o seu cálculo, o preço não sofreu qualquer alteração até à reestruturação do PNPSO (Tribunal de Contas, 2009).

Com o alargamento do programa às grávidas e aos idosos, em 2008, foi fixado o valor de €40 a pagar aos prestadores de cuidados de saúde oral por cada cheque dentista.

Assim, para crianças e jovens que podem receber no máximo um, dois ou três cheques dentistas, o limite do somatório dos cheques a atribuir é de 40€, 80€ ou 120€ respetivamente.

Para as grávidas e idosos que podem usufruir no máximo de três e de dois cheques dentista, o limite máximo dos cheques a atribuir é de 120€ e de 80€, respetivamente. Por último, para utentes infetados com o vírus HIV/SIDA, o número máximo de cheques é de seis, pelo que o limite do somatório dos cheques a atribuir é de 240€ (Tabela 4).

Tabela 4 – Limite do somatório dos cheques a atribuir por grupo-alvo do PNPSO.

Vertentes do PNPSO	Nº Máximo de Cheques Dentista	Limite do Somatório dos Cheques a Atribuir
SOSI - Saúde Oral em Saúde Infantil	1	€40
SOCJS - Saúde Oral nas Crianças e Jovens com idades até aos 16 anos	7 anos - 2	€80
	10 anos - 2	€80
	13 anos - 3	€120
SOCJi - Saúde Oral nas Crianças e Jovens (idades intermédias) com idades até aos 16 anos	1	€40
SOG - Saúde Oral nas Grávidas	3	€120
SOPI - Saúde Oral nas Pessoas Idosas	2	€80
SOHIV - Saúde Oral em Utentes Infetados com o vírus HIV/SIDA	6	€240

Fonte: Adaptado de Tribunal de Contas (2008)

4.4 - Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO)

Os Sistemas de Informação (SI) foram criados com o objetivo de auxiliarem as organizações no decorrer das suas diversas funções, uma vez que estes transmitem, em tempo útil, informações essenciais para que os diversos colaboradores da organização possam realizar o seu trabalho de forma eficiente e produtiva (Teixeira, 2009 citado em Costa, 2010). Ou seja, estes não são mais do que sistemas que recolhem dados, os armazenam e os transformam em informação (Silva et al., 2010). Posto isto, e para uma melhor compreensão do conceito de sistemas de informação é necessário perceber também os termos “dados” e “informação”.

O termo “dados” diz respeito à recolha de um conjunto de factos autónomos, desligados, geralmente não organizados e sem significado que é preciso trabalhar para que possam ter alguma utilidade.

Silva et al. (2010) define a informação como um conjunto de factos ou acontecimentos aos quais é atribuído um padrão de leitura, sendo traduzido através de uma linguagem de representação. Esta é atualmente considerada como um valioso recurso, para o qual é necessário uma estrutura/ferramenta que permita que esta esteja disponível no momento, forma e quantidade necessária para os seus utilizadores.

Posto isto, é necessário termos em conta quais os objetivos da organização com a implementação de um sistema de informação, bem como quais os seus futuros utilizadores, de forma a criar e implementar este tipo de sistemas como o maior sucesso possível.

Figura 10 – Portal Público do SISO

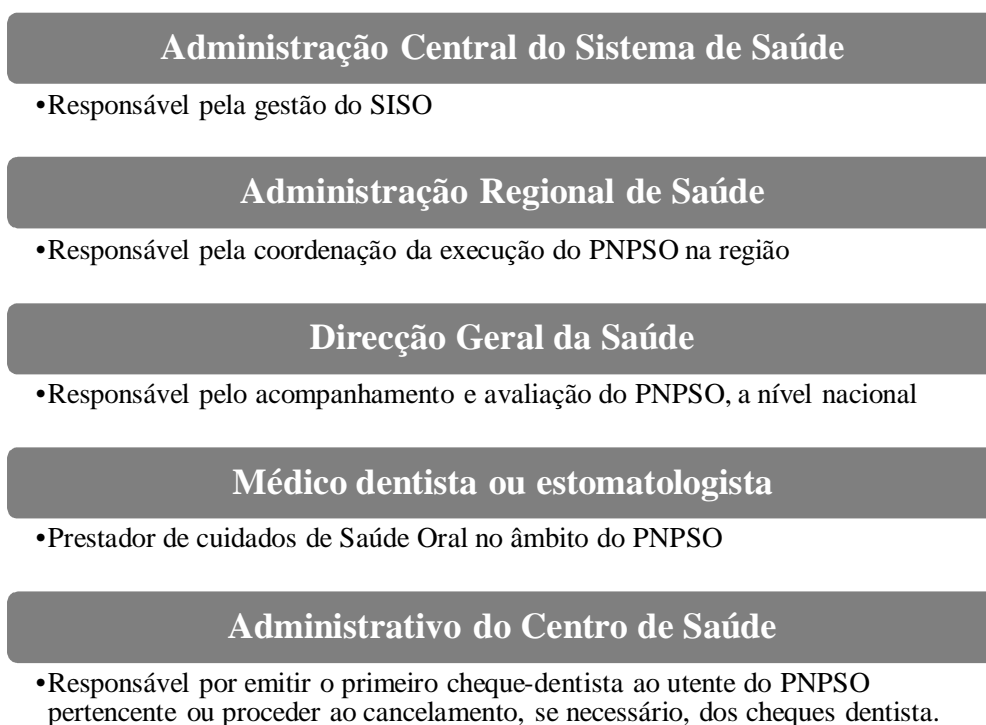


Fonte: Página web do SISO - www.saudeoral.min-saude.pt/siso

O PNPSO abrange um conjunto alargado de entidades, e como tal um grande número de dados e informações, sendo assim necessário o apoio de um sistema de informação que suporte as necessidades de informação dos diversos intervenientes. Em 2007 a Universidade de Aveiro foi convidada a apresentar uma proposta para a criação e implementação de um

sistema de informação que viesse apoiar o PNPSO, tendo surgido o Sistema de Informação para a Saúde Oral – SISO (Figura 10). Este consiste numa aplicação web que dá apoio à gestão do PNPSO, sendo a sua gestão da responsabilidade da ACSS, e podendo ser acedido quer pelos serviços públicos, quer pelos prestadores privados (Costa, 2010).

Figura 11 - Principais atores intervenientes do SISO e as suas funções.



Fonte: Adaptado de Costa (2010) e Ministério da Saúde (2007)

De forma a garantir o registo de informação associado com os processos do PNPSO, o SISO disponibiliza dados sobre a oferta dos cuidados de saúde oral, a utilização dos cheques-dentista, o número e tipo de beneficiários e, ainda, a saúde oral dos utentes.

O SISO permite, na sua forma atual, o acompanhamento da adesão dos prestadores, a emissão dos cheques-dentista, o processo de faturação e pagamento dos cheques e monitorização do PNPSO (Costa, 2010).

É ainda de destacar que existem vários tipos de utilizadores do SISO, responsáveis por exercer determinadas funções no âmbito do PNPSO. Do ponto de vista do PNPSO o utente é o ator central em todo o programa, no entanto este não interage diretamente com o SISO (Costa, 2010). Como principais atores com intervenção direta no SISO e suas respetivas funções podem então ser identificados (Figura 11):

4.4.1 Estrutura de dados do SISO

Nesta secção será apresentada alguma informação essencial para a compreensão dos quatro processos respeitantes à Implementação e Gestão do PNPSO.

Gestão de Aderentes

Os médicos dentistas ou estomatologistas para aderirem ao PNPSO tem de preencher alguma informação referente a dados pessoais e profissionais, estarem associados a ordens profissionais e pertencerem a base de dados da OM ou OMD.

Os dentistas são um tipo de utilizador do SISO que coloca pedidos de adesão, estes e as clínicas são relacionados com as ARS respetivas. Estes pedidos são enquadrados geograficamente de acordo com a informação de distrito, concelho e freguesia.

Cada pedido de adesão indica um profissional e uma ou mais clínicas - locais de prestação de cuidados de saúde oral, nomeadamente consultórios e clínicas onde os médicos aderentes pretendem realizar cuidados de saúde oral, no âmbito do PNPSO, existindo ações sobre o pedido de adesão do médico e das clínicas.

No momento em que o administrativo da ARS valida e aceita pedidos de adesão pendentes, a respetiva informação é copiada para produção.

Gestão do ciclo de vida dos cheques dentistas

Todos os cheques dizem respeito a um utente, que podem ser agrupados por grupos etários. Existem informações referente à data em que o utente iniciou o usufruto dos cheques dentistas, à data de validade dos cheques. A informação demográfica do utente é obtida do RNU (Registo Nacional de Utentes), aquando da emissão do primeiro cheque de um novo

ciclo de cheques. O utente tem um centro de saúde de referência, podendo também beneficiar de algum tipo de complemento.

O PNPSO define vários projetos (SOPI, SOG,...) que enquadram as referências possíveis no SISO, que podem ter vários cheques associados num determinado ano, formando assim um ciclo. É guardada a informação relativa a cada cheque emitido e controlada a respetiva numeração. O cheque tem um conjunto de ações associadas, relativas ao seu ciclo de vida (emitido, utilizado, apresentado a pagamento,...).

Gestão da prestação de cuidados de SO

A quando da utilização do primeiro cheque-dentista de um ciclo de cheques, o médico estabelece um diagnóstico e um plano de tratamentos. O diagnóstico pode conter elementos que dizem respeito à boca, globalmente, ou a cada dente individualmente.

O plano de tratamento de um determinado ciclo de cheques, inclui informações referentes ao nº cheques do ciclo, ao estado do ciclo e à data de registo do plano de tratamentos. De modo similar ao diagnóstico, existem tratamentos que dizem respeito à boca, globalmente, ou a cada dente individualmente.

Gestão do pagamento dos cheques dentistas ou das próteses dentárias

Cada cheque pode ser presente a pagamento, incluído num pedido de pagamento. Os pedidos de pagamento têm um ciclo de vida (submetido, recepcionado, validado, etc.) com várias ações, a que pode estar associado um utilizador do SISO (quem submeteu, quem validou, etc.).

Outros

Os utilizadores do SISO possuem credenciais de acesso ao mesmo, sendo tipificados em perfis existentes no sistema.

4.5 - Avaliação da Qualidade do PNPSO

O PNPSO tem por objetivo a promoção da saúde oral e a prevenção das doenças orais, oferecendo às populações cuidados de saúde oral de elevada qualidade.

No que respeita a coordenação, acompanhamento e avaliação da qualidade do PNPSO, este é um processo bastante demorado e complexo, devido essencialmente, ao número de entidades intervenientes.

No entanto, a avaliação da qualidade das prestações de serviços contratualizadas, através do PNPSO, encontrava-se prevista desde o início do processo de contratualização dos mesmos, sendo que a tarefa seria atribuída a médicos auditores selecionados de entre os que se candidataram ao concurso público que serviu de suporte à contratualização dos médicos dentistas/estomatologistas. Estes médicos auditores, contratados pelas ARS, deveriam avaliar e registar os resultados numa ficha individual de saúde de um grupo de crianças (amostra) tratadas por determinados médicos dentistas ou estomatologistas, comparando o resultado dessas avaliações com a que foi feita pelos médicos dentistas ou estomatologistas. Posteriormente as ARS deveriam proceder ao respetivo pagamento dos médicos auditores (Tribunal de Contas, 2009).

Infelizmente, da análise dos relatórios produzidos pelas diferentes Administrações Regionais de Saúde verificou-se que, entre 2006 e 2008, a avaliação da qualidade dos serviços odontológicos prestados, ou não foi realizada ou não foi suficiente para se poderem retirar pertinentes conclusões, sendo ainda de realçar que o atual modelo de gestão do PNPSO não dispõe de instrumentos de aplicação de incentivos/coimas, aos respetivos intervenientes - médicos dentistas - pelo cumprimento (ou não) dos objetivos e metas de qualidade inicialmente definidas.

Por último, não é conhecido publicamente, até ao momento, quaisquer estudos de avaliação/análise custo benefício antes ou depois da distribuição dos cheques dentistas. No entanto, sabe-se que já foi desenhado e desenvolvido um sistema de auditoria que está prestes a entrar em funcionamento.

4.6 - Resultados Principais do Sistema de Cheques Dentista

O número de utentes do Sistema Nacional de Saúde beneficiários do PNPSO tem verificado um aumento ao longo dos anos, como podemos comprovar na Tabela 5.

Através da intervenção médico-dentária tem vindo a conseguir-se obter importantes na saúde, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento de dentes que apresentavam lesões de cárie dentária.

Tabela 5 - Número de utentes SNS beneficiários do PNPSO

Nº utentes SNS beneficiários	2008 (1)	2009	2010	2011 (3)	Acumulado
Grávidas	20.538	35.633	39.485	10.385	106.041
Idosos	3.554	7.127	6.495	1.448	18.624
Saúde Infantil (≤6 anos)		7.550	19.033	7.140	33.723
Crianças e Jovens 2008/2009		218.401			218.401
Crianças e Jovens 2009/2010		105.207	184.876		290.083
Crianças e Jovens 2010/2011			145.793	123.088	268.881
Crianças e Jovens Idades Intermédias 2009			3.308	924	4.232
Portadores de VIH/Sida (2)			41	66	107
Total	24.092	373.918	399.031	143.051	940.092

Nota: (1) a partir de 27-05-2008; (2) a partir de 28-10-2010 (3) até 31.03.2011

Fonte: Direção Geral da Saúde (2011).

Como principais resultados conhecidos antes da elaboração desta dissertação pode-se destacar que se encontra envolvido um elevado número de Centros de Saúde e de profissionais de saúde contratualizados no PNPSO, sendo esperado que este número aumente de ano para ano. A 31 de Março de 2011 a oferta de cuidados de saúde oral abrangia uma rede de 3.849 médicos dentistas aderentes, em 6.204 locais de prestação de cuidados, sendo que, à mesma data, já tinham beneficiado do cheque dentista 940.092 utentes do SNS (Direção Geral da Saúde, 2011).

É ainda de referir que a taxa de utilização dos cheques dentista que foram distribuídos tem-se demonstrado bastante elevada, o que nos leva a acreditar no sucesso deste método alternativo de prestação e financiamento dos serviços de saúde em Portugal.

4.7 - Conclusões

Os sistemas de saúde, a sua organização e as medidas e políticas definidas para o seu correto funcionamento constituem importantes fatores para o acesso das populações aos cuidados de saúde e para a avaliação do estado de saúde da população de qualquer país.

Em Portugal, a Saúde Oral representa uma das áreas específicas do acesso a cuidados de saúde primários, podendo ser dividida em duas vertentes: atividades de promoção e prevenção da saúde oral e os tratamentos dentários nos utentes a quem as atividades de promoção/prevenção não foram suficientes.

Com o objetivo de solucionar os problemas referentes à saúde oral dos utentes, têm sido definidas e implementadas diversas medidas de prevenção e intervenção, efetuados alguns testes-piloto e estudos, assim como implementados alguns programas, nomeadamente nas escolas. No entanto, em 2005 foi verificada a insuficiência destas iniciativas, tendo sido criado o PNPSO.

Este programa funciona através da distribuição de cheques dentista e apresenta como objetivos principais a promoção da saúde oral e a prevenção das doenças orais da população portuguesa. Desde o ano de 2005 que tem sido alargado a alguns grupos-alvo, abrangendo atualmente: crianças e jovens, grávidas em vigilância pré-natal seguidas no SNS, idosos beneficiários do complemento social de apoio ao idoso e, mais recentemente, portadores de VIH/SIDA.

Tendo em conta que o PNPSO abrange diversas entidades, assim como uma grande quantidade de dados e informações foi necessário desenvolver uma aplicação que apoia-se na gestão do referido programa, surgindo assim, o SISO. Este sistema de informação constitui atualmente uma mais-valia para o programa.

Um fator importante, relativo ao PNPSO, e que devia ser realizado era a avaliação da qualidade deste programa. Apesar da avaliação da qualidade do PNPSO estar prevista já há algum tempo, até à data pouco ou nada se pode concluir (com base na informação disponível publicamente) relativamente ao desempenho, qualidade e análise dos custos e benefícios dos cheques dentista.

Posto isto, idealizou-se para esta dissertação a criação de um modelo de processos que auxiliasse na gestão do PNPSO, permitindo ter uma visão global de todo o programa. Esse

modelo possibilitaria, também, a avaliação da qualidade, através da confrontação dos objetivos planejados pela gestão do PNPSO com os resultados obtidos, conduzindo, posteriormente, à melhoria dos processos e, conseqüentemente, a um melhor desempenho do PNPSO. O referido modelo de processos será, então, descrito no capítulo seguinte.

Capítulo 5

5. Modelo de Processos

A criação de um modelo de processos para o PNPSO pressupõe a descrição e representação de todos os processos inerentes a este, possibilitando a visualização de todo o programa de uma forma mais abrangente e mais simplificada.

O presente capítulo divide-se, assim, em duas partes. Uma primeira centrada na criação e descrição do Modelo de Processos para o PNPSO, tendo por base a metodologia PDCA, e na apresentação de diagramas indicando *inputs*, *outputs*, intervenientes, objetivos e possíveis indicadores para cada um dos processos do programa.

A segunda parte será dedicada à descrição dos indicadores que possam ser utilizados na avaliação do PNPSO e que foram definidos no modelo de processos referido anteriormente.

5.1 - Modelo de Processos para o PNPSO

Através de uma pesquisa bibliográfica de alguns relatórios e documentos referentes ao cheque dentista e tendo como base as quatro fases da lógica PDCA foi criado o modelo de processos do PNPSO.

Os quatro grupos, ou macroprocessos, então definidos para o PNPSO foram: “1.Planear e Criar Programa”, “2. Implementar e Gerir Programa”, “3.Monitorizar Programa” e “4.Avaliar Programa”. Os macroprocessos deram origem a processos e esses mesmos processos foram ainda divididos em subprocessos como podemos verificar na tabela 6. No Anexo 1 encontra-se uma descrição mais detalhada das atividades de cada subprocesso.

É de realçar que em todos estes processos intervêm diversas entidades como os prestadores de cuidados de saúde oral, os utentes, as ARS, DGS, ACSS, os administrativos, médicos e higienistas do CS, as ordens dos médicos e dos médicos dentistas, os diversos serviços do Ministério da Saúde (MS), a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), a Segurança Social (SS), entre outros.

Tabela 6 – Modelo de Processos do PNPSO

Macroprocessos	Processos do PNPSO	Subprocessos do PNPSO
1. Planear e Criar Programa	<p>1.1-Elaborar PNPSO</p> <p>1.2-Definir Recursos</p> <p>1.3-Promoção e Marketing</p>	<p>1.1.1-Estudos de Mercado</p> <p>1.1.2-Estabelecer população-alvo</p> <p>1.1.3-Estabelecer projetos</p> <p>1.1.4-Estabelecer objetivos e metas PNPSO</p> <p>1.2.1-Definir recursos humanos</p> <p>1.2.2-Definir recursos materiais</p> <p>1.2.3-Definir recursos financeiros</p> <p>1.3.1-Definir a política de distribuição dos cheques</p> <p>1.3.2-Comunicar e Promover PNPSO</p>
2. Implementar e Gerir Programa	<p>2.1- Gestão de Aderentes</p> <p>2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)</p> <p>2.3-Gestão da prestação de cuidados de SO</p> <p>2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias</p>	<p>2.1.1-Pedir adesão</p> <p>2.1.2-Cancelar adesão</p> <p>2.2.1-Emitir 1ºCheque</p> <p>2.2.2-Emitir 2º/3º Cheque</p> <p>2.2.3-Cancelar Cheque</p> <p>2.3.1-Prestar cuidados SO</p> <p>2.4.1-Pagar cheques dentista</p> <p>2.4.2-Pagar próteses dentárias</p>
3. Monitorizar Programa	<p>3.1-Gerir Recursos</p> <p>3.2-Gerir Informação</p> <p>3.3-Gerir Inconformidades</p> <p>3.4-Auditoria ao PNPSO</p>	<p>3.1.1-Gerir recursos humanos</p> <p>3.1.2-Gerir recursos materiais</p> <p>3.1.3-Gerir recursos financeiros</p> <p>3.2.1-Recolha da informação</p> <p>3.2.2-Análise da informação</p> <p>3.2.3-Controlo da informação</p> <p>3.2.4-Gerir SISO</p> <p>3.3.1-Gestão de erros/problemas/reclamações</p> <p>3.4.1-Planear Auditoria</p> <p>3.4.2-Preparar Auditoria</p> <p>3.4.3-Executar Auditoria</p> <p>3.4.4-Relatar Auditoria</p> <p>3.4.5-Seguimento Auditoria</p>
4. Avaliar Programa	<p>4.1-Controlear não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas</p> <p>4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO</p>	<p>4.1.1-Controlear não-conformidades</p> <p>4.1.2- Implementar ações corretivas e preventivas</p> <p>4.2.1-Avaliação técnico-científica do PNPSO</p> <p>4.2.2-Avaliação económica/financeira do PNPSO</p> <p>4.2.3-Avaliação sociodemográfica do PNPSO</p> <p>4.2.4-Avaliação da qualidade do PNPSO</p> <p>4.2.5-Análise crítica feita pela Gestão do PNPSO</p>

5.1.1 Descrição dos Macroprocessos do PNPSO

Planear e Criar Programa

A primeira fase do ciclo PDCA diz respeito ao planeamento do programa. Nesta fase deverão ser definidos quais os objetivos e metas a atingir, os recursos que serão necessários e os métodos de promoção e marketing que permitirão atingir as metas propostas (Tabela 20).

A elaboração do PNPSO pressupõe a realização de estudos de mercado sobre a saúde oral, a definição da população-alvo e das suas necessidades, a criação dos projetos e definição do número de cheques dentistas a atribuir de acordo com a população-alvo definida, e ainda, a descrição dos objetivos e metas que se pretendem atingir com a criação deste programa.

Relativamente à definição dos recursos, esta engloba a identificação: dos recursos humanos, ou seja, dos intervenientes no programa e o esclarecimento das suas funções e responsabilidades; dos recursos materiais, isto é, dos critérios exigidos para a creditação das instalações de prestação de cuidados de SO e para a utilização de determinados utensílios específicos utilizados no tratamento dos utentes; e, por último, do financiamento que é necessário atribuir a cada projeto para a execução do programa, o valor monetário a atribuir a cada cheque e os responsáveis pelo pagamento dos cheques e das próteses dentárias.

Finalmente, a promoção e ações de marketing diz respeito à definição das políticas de distribuição dos cheques e as técnicas utilizadas para comunicar e promover o PNPSO, tendo como finalidade gerar procura deste tipo de *voucher* e atrair os utentes e os profissionais.

Implementar e Gerir Programa

Nesta segunda fase deve-se conduzir o programa de acordo com o planeado na etapa anterior, ou seja, deve ser feita a implementação e gestão do PNPSO, estando esta fase organizada em quatro processos: gestão de aderentes, gestão do ciclo de vida dos cheques, gestão da prestação dos cuidados de saúde oral e a gestão de pagamentos dos cheques ou das próteses dentárias (Tabela 21).

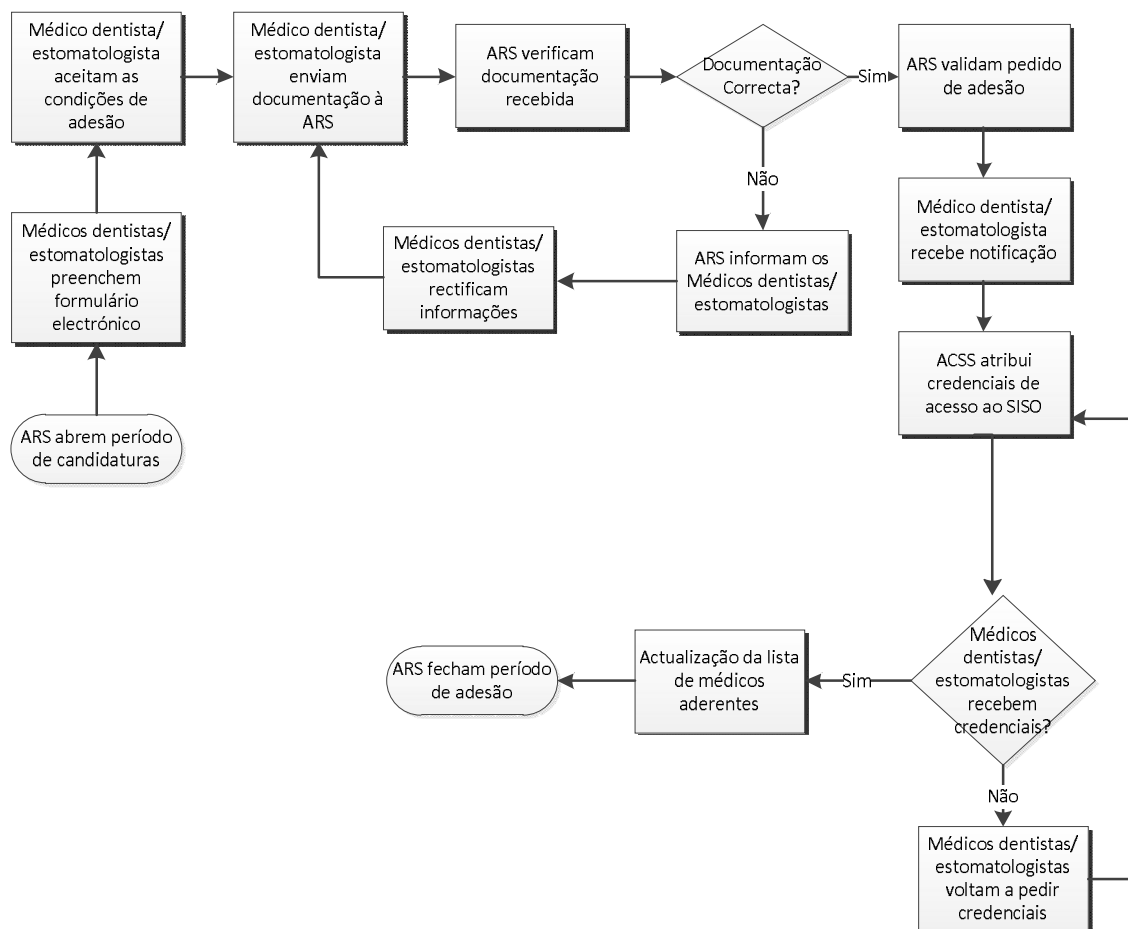
A adesão dos estomatologistas e médicos dentistas ao PNPSO (Fluxograma 1) é da responsabilidade de cada Administração Regional de Saúde, que deverá comunicar a abertura do período de candidaturas aos interessados. Depois dos pedidos de adesão terem sido

emitidos, cabe às respetivas ARS verificarem a documentação recebida, validando (ou não) esses pedidos. Sempre que sejam validados novos pedidos de adesão, o SISO informa automaticamente a ACSS, que procede à atribuição das credenciais de acesso ao sistema de informação aos profissionais de saúde oral. De seguida, a ACSS procede à exportação da lista atualizada dos médicos aderentes, o SISO comunica decisão aos novos médicos aderentes, enviando-lhes para o email as credenciais de acesso. Por fim, cabe às ARS fecharem o período de candidaturas de adesão ao PNPSO (Universidade de Aveiro, 2007).

Ao PNPSO podem, assim, aderir os estomatologistas e médicos dentistas inscritos nas respetivas Ordens (Ordem dos Médicos e Ordem dos Médicos Dentistas) que preencham o formulário electrónico e aceitem as condições do processo de adesão e a sua correspondente execução.

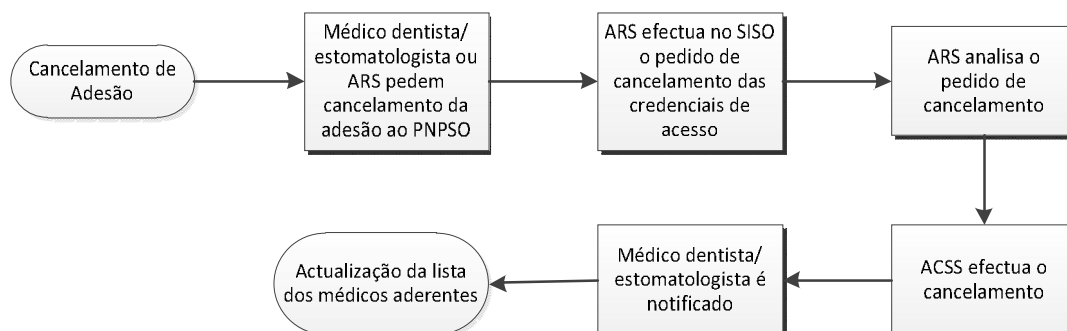
Estes profissionais comprometem-se, assim, através da assinatura da declaração de compromisso, a aceitar as condições de adesão e a garantir a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, das suas instalações e equipamentos (que deverão respeitar as condições higieno-sanitárias e a legislação em vigor), encontrando-se proibidos de qualquer tipo de discriminação na marcação ou na realização das consultas aos utentes (Universidade de Aveiro, 2007).

Fluxograma 1 – Pedir Adesão ao PNPSO



É ainda de realçar que, a qualquer momento, as ARS podem solicitar o cancelamento da adesão de um estomatologista ou médico dentista do Programa (Ver Fluxograma 2), caso este não esteja a cumprir com as condições inicialmente definidas, ou poderá ocorrer o cancelamento, por parte do estomatologista ou médico dentista, da adesão ao PNPSO, sendo que se esta situação se verificar, o médico aderente só poderá realizar uma nova adesão passado um ano. Após o médico ou a ARS submeter o pedido de cancelamento de adesão compete à ACSS efetuar o cancelamento das credenciais de acesso ao SISO, seguindo-se a notificação do médico ou estomatologista e a atualização da lista de médicos aderentes (Costa, 2010).

Fluxograma 2 – Cancelar Adesão ao PNPSO



Relativamente à gestão do ciclo de vida dos cheques dentistas, cada utente poderá usufruir de cuidados de saúde oral mediante a atribuição de um cheque dentista, sendo o primeiro cheque atribuído pelo médico de família, após identificação do utente, verificação da necessidade de tratamentos de saúde oral, e preenchimento da credencial de acesso aos cuidados de saúde oral (Fluxograma 3).

Posteriormente, o utente dirige-se ao respetivo centro de saúde, apresenta a credencial e é-lhe atribuído o primeiro cheque (numerado, com código de segurança e data de validade) que lhe será posteriormente entregue pessoalmente ou enviado pelo correio (Fluxograma 4).

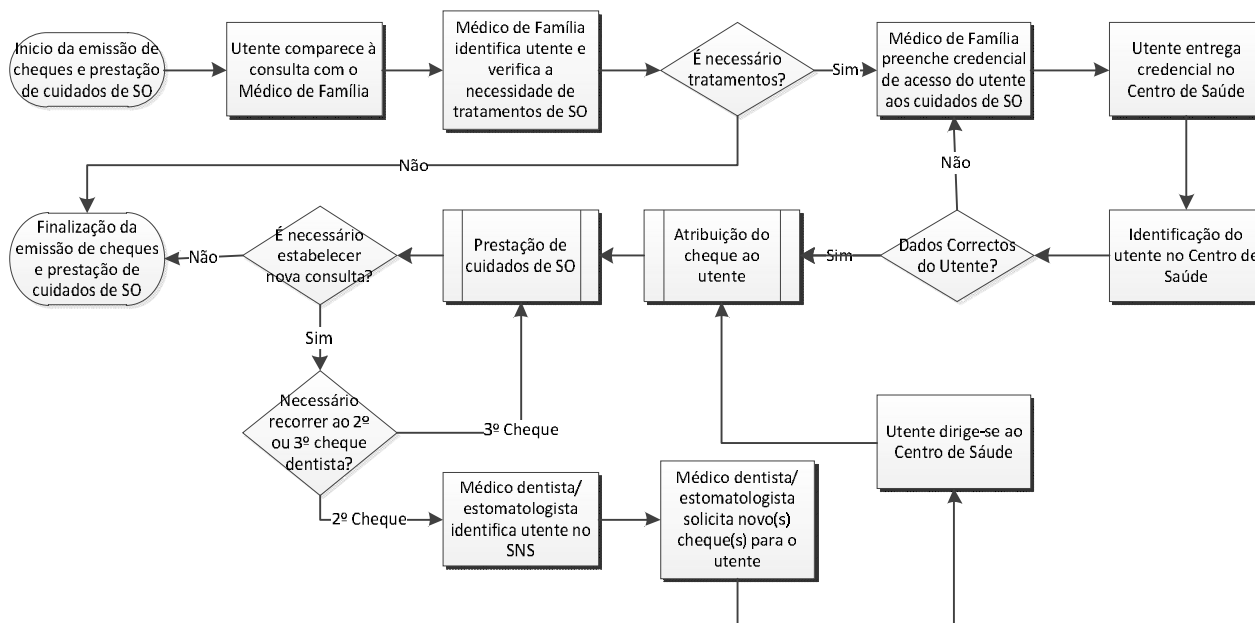
Importa referir que no caso das crianças e jovens escolarizadas o processo é um pouco diferente, sendo o primeiro cheque dentista entregue na escola, pessoalmente aos encarregados de educação dos alunos que foram seleccionados pelo médico do centro de saúde.

Depois de receber o primeiro cheque, o utente opta pelo médico dentista que pretende, tendo em conta a lista existente de profissionais aderentes, dirigindo-se ao consultório e apresentando o cheque dentista, para que este possa ser consultado no SISO e verificada a sua data de validade. Após identificação do utente e do seu diagnóstico e plano de tratamentos, o médico dentista ou estomatologista efetua o tratamento e regista toda esta informação no SISO, nomeadamente o diagnóstico, o plano de tratamento e tratamentos efetuados (Fluxograma 5). Finalmente, prestador e utente assinam o cheque dentista, ficando este disponível para submissão a pagamento por parte do dentista. (Universidade de Aveiro, 2007).

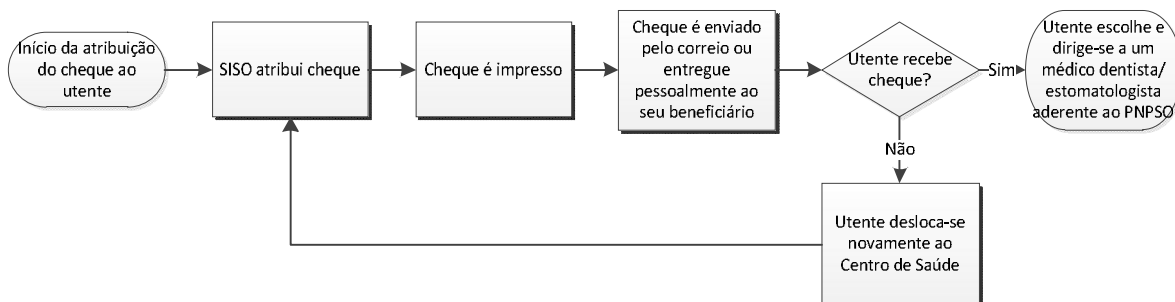
Posteriormente, e em função do plano de tratamentos estabelecido na primeira consulta e tendo em conta qual o programa no qual o utente se insere (SOG, SOPI, SOCI, SOCIj e

SOSI) poderão, ou não, ser solicitados mais cheques-dentista (2º ou 3º cheque) pelo médico dentista por forma a completar o tratamento. Se essa situação se verificar, o médico dentista procede à identificação do utente, à solicitação do número total de cheques (2 ou 3) que ainda são necessários, de acordo com o plano de tratamentos, e informa se a emissão dos cheques necessita ser urgente ou não. Mais tarde, procede-se à emissão do(s) cheque(s) e alerta o administrativo do CS dessa emissão. Esse, por sua vez imprime o(s) cheque(s) e envia-o(s) ao utente.

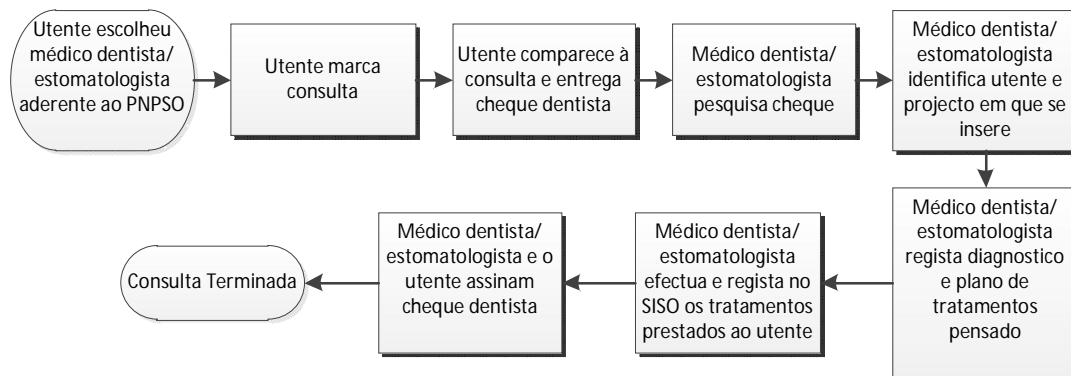
Fluxograma 3 – Emissão de Cheques Dentista e Prestação de Cuidados de SO.



Fluxograma 4 – Atribuição do cheque ao utente

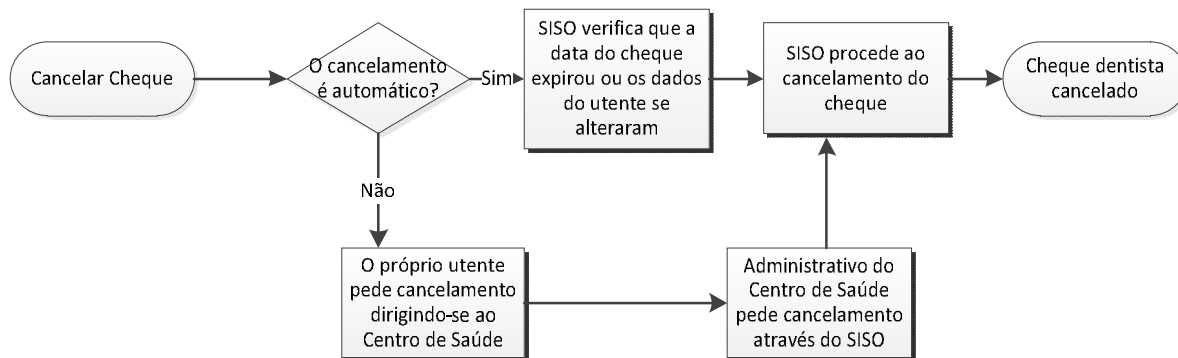


Fluxograma 5 – Prestação de Cuidados de SO



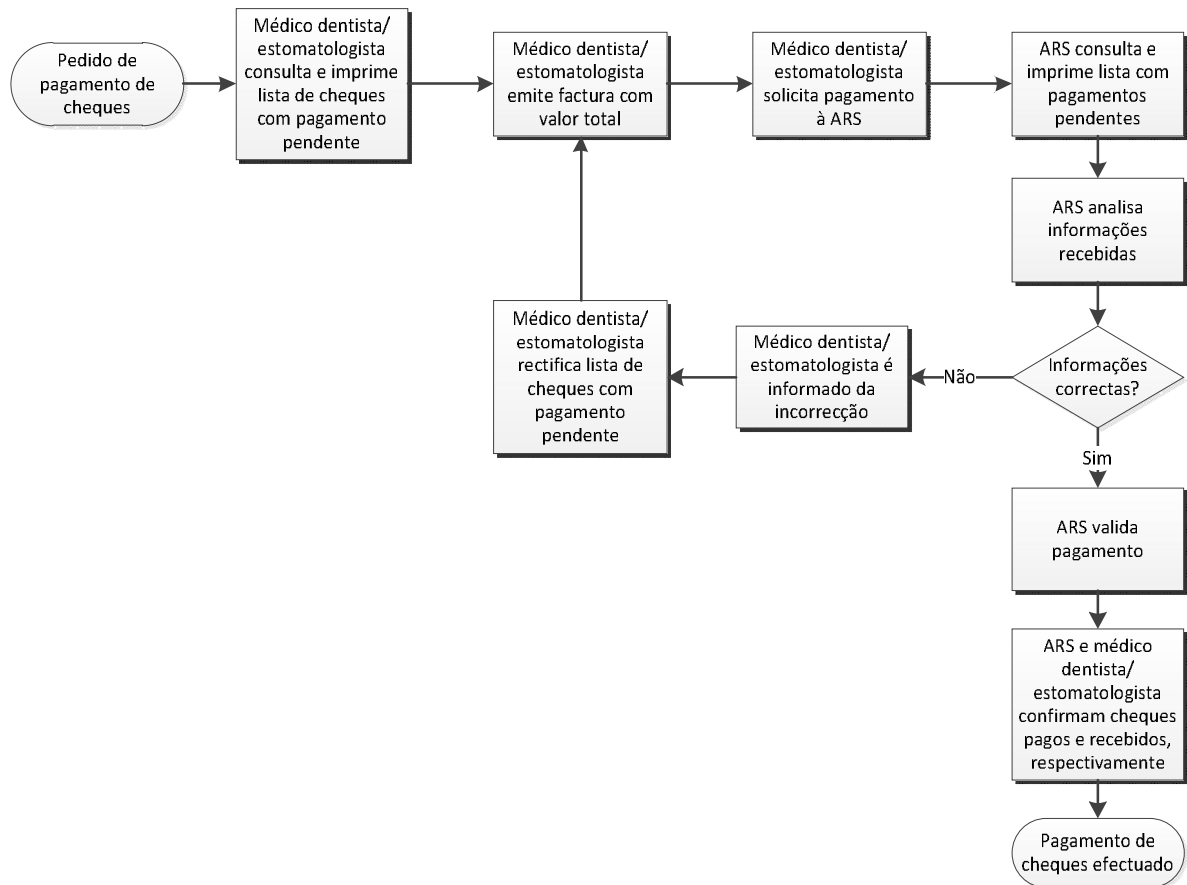
Realça-se a possibilidade de cancelar a emissão do cheque dentista (Fluxograma 6). Esse cancelamento poderá verificar-se por vontade do utente que se dirige ao centro de saúde correspondente, ou poderá ser automático, no qual o próprio SISO verifica que os dados do utente se alteraram ou a data de validade do cheque expirou, procedendo ao seu cancelamento.

Fluxograma 6 – Cancelar Cheque Dentista



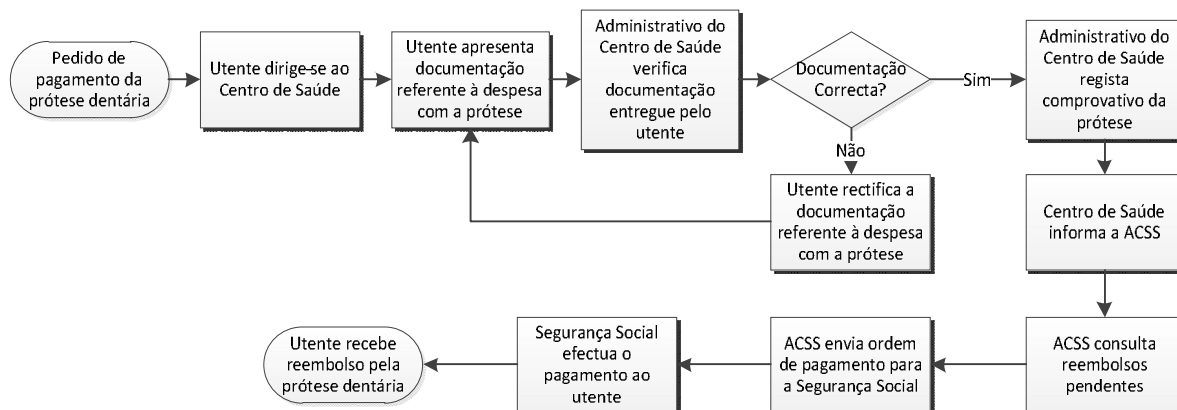
O reembolso dos cheques dentista é da responsabilidade do médico aderente e da ARS correspondente (Fluxograma 7). No final de cada mês, o médico aderente verifica, o número os cheques dentista que recebeu dos utentes em que efetuou tratamentos e solicita o pagamento dos mesmos à ARS da sua região, até ao oitavo dia do mês seguinte à realização dos tratamentos. A ARS, depois de receber e analisar a documentação exigida, procede à liquidação dos cheques-dentista validados, nos 30 dias seguintes (Costa, 2010).

Fluxograma 7 – Pagar Cheque Dentista



Por sua vez, e relativamente ao pagamento das próteses dentárias, o utente apresenta no centro de saúde respetivo a cópia da receita médica e o comprovativo da despesa (Fluxograma 8). Posteriormente, o centro de saúde verifica a documentação recebida e comunica a situação à ACSS, que por sua vez, envia a ordem de pagamento dos reembolsos concedidos em cada mês para a Segurança Social, que, finalmente, realiza o pagamento aos beneficiários (Universidade de Aveiro, 2007).

Fluxograma 8 – Pagar Prótese Dentária



Monitorizar Programa

A monitorização do PNPSO refere-se ao acompanhamento e avaliação periódica dos resultados (confrontando-os com os objetivos que foram inicialmente planeados), de todas as informações e inconformidades inerentes ao programa e, ainda, à realização de possíveis auditorias ao programa (Tabela 22).

A gestão dos diversos recursos do PNPSO engloba a gestão e avaliação do desempenho dos diversos atores intervenientes, a análise da documentação referente ao licenciamento das instalações dos prestadores de cuidados de SO e monitorização da qualidade dos materiais que foram utilizados durante os tratamentos dos utentes e o cálculo e análise do financiamento utilizado no tratamento dos utentes, ou seja, do financiamento utilizado como pagamento dos cheques e das próteses.

A recolha, análise e controlo da informação, assim como, a gestão do próprio SISO constituem quatro subprocessos da gestão da informação. Nos três primeiros deverão ser recolhidas, tratadas e validadas todas as informações referentes ao PNPSO, seguindo-se a identificação, correção e reporte as respetivas entidades responsáveis de possíveis fraudes de informações. A gestão do SISO abrange a constante monitorização e atualização do sistema, estando esta atualização a cargo da ACSS.

Um outro ponto muito importante refere-se a gestão de inconformidades, mais concretamente à gestão de erros, problemas ou reclamações que possam surgir. Esta representa um instrumento muito valioso para avaliar o sistema de saúde, possibilitando a identificação dos principais pontos fracos e que deverão ser melhorados. As reclamações podem provir do livro de reclamações do prestador de cuidados de saúde oral ou dos Centros de Saúde (sendo que todos os prestadores de saúde oral são obrigados a terem um, onde os utentes possam registar as suas queixas ou reclamações e os motivos desse acontecimento, sendo posteriormente enviadas à ERS para tratamento) ou diretamente no livro de reclamações on-line criado pela ERS e disponibilizado desde 2008 aos utentes.

Na ERS, após uma pequena análise das reclamações, estas poderão ter três destinos: transformadas num processo de inquérito caso se verifique que necessitam de avaliação aprofundada e tratadas pelos responsáveis ou entidades mais competentes para tal, como as ARS; arquivadas e comunicadas quer ao utente, quer ao prestador; ou transformadas num processo de reclamação e tratadas pelo respectivo departamento. Em seguida, as entidades responsáveis e nomeadas para tal deverão proceder à avaliação da reclamação, tentar perceber as suas possíveis causas, penalizar os seus responsáveis (se necessário); acompanhar a sua evolução e resolução e, por último, comunicar a sua resolução às partes interessadas e tomar providencia para que não volte a ocorrer.

Finalmente, a realização de auditorias ao PNPSO pressupõe a existência de cinco etapas: o planeamento e coordenação da auditoria que irá ser feita ao programa (quer do ponto de vista financeiro quer do ponto de vista clínico); a preparação da mesma, com base no planeamento e coordenação do trabalho de campo; a execução da auditoria; o seu relato através da realização de relatórios por ACES e, para terminar, o seguimento da auditoria que é feito através da elaboração de relatórios anuais por ARS.

Avaliar Programa

Esta última fase do ciclo PDCA diz respeito as ações tomadas pela gestão responsável pelo PNPSO. Essas ações poderão passar pelo controlo das não-conformidades, pela implementação de ações corretivas ou de melhoria e pela avaliação e análise dos resultados do programa (podendo verificar-se a necessidade de se realizar um novo planeamento do mesmo ou corrigir/melhorar alguns dos seus processos) (Tabela 23).

O controlo das não-conformidades e a definição de ações corretivas e preventivas prevê a monitorização e análise de todo o programa, seguindo-se a identificação e implementação de possíveis ações de melhoria.

Por sua vez, a avaliação e análise dos resultados do PNPSO engloba uma avaliação técnico-científica, económico-financeira, sociodemográfica e da qualidade do programa, com a finalidade de comparar esses resultados com os objetivos e metas inicialmente definidos. A equipa ou entidade responsável pela gestão do programa deverá, ainda, elaborar uma análise crítica que abranja todos os resultados da(s) auditoria(s), das ações corretivas e de melhoria implementadas e das avaliações anteriormente referidas e verificar a satisfação (ou não) dos utentes e de todos os restantes intervenientes.

5.1.2 Diagramas de Processos

Após a definição dos macroprocessos, processos, subprocessos e atividades do PNPSO será de seguida apresentado um diagrama para cada processo, adaptado da representação gráfica adotada por Pires (2007).

Para cada processo apresentado, nos diagramas acima, é possível verificar os seus *inputs* e os seus *outputs*, ou seja, os recursos necessários à sua realização e os resultados que se obtêm a partir deste, respetivamente.

Através da identificação dos diversos intervenientes sabe-se quem são os atores que participam em cada processo, sendo estes os responsáveis pelo correto desempenho de cada processo.

Para se avaliar o desempenho de cada processo são definidos diversos objetivos, sendo necessário verificar-se se esses objetivos foram os não cumpridos. Essa verificação poderá

passar pela utilização dos diversos indicadores definidos, salientando-se que estes deverão estar de acordo com os objetivos de cada processo.

Pela sua relevância para esta dissertação e apesar da sua extensão, achou-se importante incluir todos os treze diagramas de processos.

Tabela 7 – Diagrama do Processo 1.1 - Elaborar PNPSO

Inputs		Processo	Outputs
Programas de SO anteriores		1.1-Elaborar PNPSO	Formulação do Plano Estratégico do PNPSO
Relatórios de Atividades das ARS referentes à SO			Definição de macroprocessos, processos, subprocessos, atividades e indicadores de referência do PNPSO
Informações epidemiológicas da SO da população portuguesa			Identificação das principais necessidades de SO da população
Análise da legislação em vigor			Definição das metas e objetivos a atingir
Ouvir especialistas do sector, bem como as diversas partes interessadas			Identificação da população-alvo a ser abrangida
Informações/documentação referentes a cuidados de SO			Definição dos projetos abrangidos pelo PNPSO
Resultados estatísticos de inquéritos			
Feedback da ERS, OM e OMD			
Intervenientes no Processo		Ministério da Saúde DGS ERS (responsável pela legislação dos consultórios e pela política de preços a praticar) OM e OMD	
Objetivos		Segmentar e conhecer as necessidades da população-alvo Assegurar e proporcionar cuidados de SO de elevada qualidade aos segmentos alvo Definir objetivos e indicadores de controlo do programa Avaliar continuamente o desvio face aos objetivos delineados Definir periodicidade das auditorias Definir um plano estratégico para o PNPSO	
Subprocessos		1.1.1-Estudios de Mercado e Análise de Feedbacks 1.1.2-Estabelecer objetivos e metas PNPSO 1.1.3-Estabelecer população-alvo 1.1.4-Estabelecer projetos	
Indicadores	Gerais	Total de informações uteis recolhidas sobre SO/Total de informações obtidas Nº de processos definidos para o PNPSO Nº de grupos-alvo e de projetos definidos Nº de Centros de Saúde envolvidos no PNPSO/Nº de Centros de Saúde existentes % de concretização do plano inicial Análise do desvio dos resultados obtidos face a inicialmente planeados	
	Sociodemográficos	%População coberta como população-alvo	
	Técnicos	Critérios de desempenho dos médicos dentistas/estomatologistas a serem avaliados	
	Financeiros	Desvio face ao orçamento inicial	
	Qualidade		

Tabela 8 – Diagrama do Processo 1.2 - Definir recursos

Inputs		Processo	Outputs
Recursos físicos, humanos, materiais e económicos disponíveis		1.2-Definir Recursos	Definição de recursos (físicos, humanos e financeiros) necessários
Financiamento disponível			Identificação dos atores intervenientes e suas funções
Legislação e normas de contratação dos profissionais			Critérios e princípios básicos definidos que os médicos dentistas/estomatologista e as suas clínicas terão de preencher
			Financiamento necessário para cada projecto
			Identificação dos responsáveis pelo pagamento dos cheques e das próteses dentárias
			Definição do valor monetário de cada cheque dentista
Intervenientes no Processo		Ministério da Saúde DGS OM/OMD ERS	
Objetivos		Definir investimentos e recursos necessários Definir e atribuir responsabilidades e direitos a cada ator interveniente no programa Otimizar dos recursos necessários Maximizar a satisfação dos diversos atores Identificar critérios para creditação das instalações dos prestadores de cuidados de SO Definir auditorias e mecanismos de análises custo-benefício do programa	
Subprocessos		1.2.1-Definir recursos humanos 1.2.2-Definir recursos materiais 1.2.3-Definir recursos financeiros	
Indicadores	Gerais	Recursos humanos/intervenientes necessários para o PNPSO face aos disponíveis	
	Sociodemográficos		
	Técnicos	Normas que as instalações e os utensílios de SO devem cumprir	
	Financeiros	Valor monetário atribuído a cada cheque Financiamento disponibilizado (por projeto)	
	Qualidade	Grau de satisfação dos diversos atores intervenientes no PNPSO	

Tabela 9 – Diagrama do Processo 1.3 – Promoção e Marketing

Inputs		Processo	Outputs
População-alvo definida		1.3-Promoção e Marketing	Informar os utentes da forma de funcionamento do sistema, e dos locais de requisição e distribuição dos cheques.
Objetivos do PNPSO			Locais de requisição e distribuição dos cheques definidos
Resultados de anteriores programas de SO			Induzir os utentes a requisitar os cheques
Campanhas promocionais anteriores			
Intervenientes no Processo		Ministério da Saúde DGS Agências de publicidade OM/OMD	
Objetivos		Planear fases e critérios para os utentes obterem o cheque Definir locais de distribuição do cheque – Centro de Saúde e HO nas escolas Promover o programa perto da população-alvo, aumentando índices de notoriedade Gerar procura e levar os utentes a utilizarem o cheque	
Subprocessos		1.3.1-Definir a política de distribuição dos cheques 1.3.2-Comunicar e Promover PNPSO	
Indicadores	Gerais	Tempo despendido durante as ações de promoção e marketing do PNPSO	
	Sociodemográficos	Índice de notoriedade do PNPSO perto da população-alvo	
	Técnicos		
	Financeiros	Investimento em campanhas promocionais	
	Qualidade		

Tabela 10 – Diagrama do Processo 2.1 – Gestão de Aderentes ao PNPSO

Inputs		Processo	Outputs
Data do período de candidaturas divulgada pela ARS		2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Lista atualizada dos médicos aderentes
Médicos e Estomatologistas dispostos a aderir ao PNPSO			Credenciais de acesso ao SISO atribuídas aos novos prestadores de serviços de SO aderentes ao PNPSO
Requisitos que cada candidato deverá possuir para se poder candidatar ao PNPSO			
Formulário Electrónico de adesão			
Descrição das condições de adesão			
Declaração de compromisso			
Profissionais nas ARS que procederão a avaliação de todas as informações relevantes			
Intervenientes no Processo		Médico Dentista/Estomatologista Higienistas Orais, Administrativos e Médicos do CS ARS SISO ACSS ERS (responsável pelo licenciamento das clínicas)	
Objetivos		Conhecer o impacto que teve o PNPSO em termos de profissionais de SO aderentes Garantir um correto processo de adesão a todos os médicos dentistas/estomatologista que assim o pretendam Realizar uma correta análise de todas as candidaturas Realizar a análise da documentação no tempo previsto Minimizar/Otimizar o tempo despendido desde o pedido de adesão até à receção das credenciais de acesso ao SISO Garantir que cada novo aderente está claramente informado das suas responsabilidades e deveres Garantir que os Higienistas Orais, Administrativos e Médicos do CS sabem quais as suas responsabilidades e deveres Proporcionar oportunidades de melhoria das instalações e dos seus serviços aos candidatos (para assim se credenciarem) Evitar erros durante o processo de adesão ao PNPSO Gerir possíveis reclamações ou pedidos de esclarecimentos	
Subprocessos		2.1.1-Pedir adesão 2.1.2-Cancelar adesão	
Indicadores	Gerais	Nº de candidaturas recebidas/período de tempo disponível para candidaturas	
		% de cancelamento da adesão ao PNPSO (por parte dos prestadores) / nº total de adesões	
		% de cancelamento da adesão ao PNPSO (por parte das ARS) / nº total de adesões	
		Nº de rejeições por falta de licenciamento das instalações (clínicas)/Nº de pedidos de adesão	
		Nº de pedidos de esclarecimentos acerca do resultado da candidatura de adesão ao PNPSO / Nº de candidaturas de adesão ao PNPSO	
	Tempo médio despendido na análise da documentação		
Sociodemográficos	Tempo decorrido entre o pedido de adesão até à receção das credenciais de acesso ao SISO		
	Nº de médicos aderentes (estomatologistas e dentistas contratualizados) por região		
Técnicos	Nº de médicos/estomatologistas aderentes/Nº médicos/estomatologistas inscritos na OM e na OMD (por região)		
Financeiros			
Qualidade	Nº erros detetados durante o processo de candidaturas / Nº total de candidaturas		
	Nº de reclamações por parte dos candidatos/ Nº de candidaturas de adesão ao PNPSO		
		% de erros relacionados com atribuição de credenciais do SISO	

Tabela 11 – Diagrama do Processo 2.2 – Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)

Inputs		Processo	Outputs
Consulta efetuada entre o utente e o médico de família (no caso da emissão do 1º cheque dentista), ou o utente e o médico dentista/estomatologista (no caso da emissão do 2º/3º cheque)		2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Cheques impressos e entregues aos seus beneficiários
Dados referentes ao utente - SNS e RNU			Cheques anulados/cancelados
Credencial de acesso aos cuidados de SO			
Intervenientes no Processo		Utente do PNPSO Médico de Família Médico Dentista/Estomatologista Administrativo do CS SISO RNU - Registo Nacional de Utentes	
Objetivos		Verificar nº de cheques emitidos Analisar número de utentes que utilizaram mais que 1 cheque Assegurar uma correta e rápida emissão dos cheques dentistas Evitar a ocorrência de erros na identificação dos utentes e/ou na impressão dos cheques Prestar o serviço de emissão de cheques dentistas de forma controlada e adequada Verificar a satisfação dos beneficiários dos cheques	
Subprocessos		2.2.1-Emitir 1ºCheque 2.2.2-Emitir 2º/3º Cheque 2.2.3-Cancelar Cheque	
Indicadores	Gerais	Nº de consultas realizadas entre utente e médico de família com o objetivo de obter o cheque dentista/Nº total consultas no SNS Tempo decorrido entre o pedido e a recepção do 1ºcheque dentista Tempo decorrido entre o pedido e a recepção do 2º/3º cheque dentista % de cancelamento da emissão de cheques (voluntário ou automático)/Nº total de pedidos de emissão de cheques	
	Sociodemográficos	Nº de cheques emitidos por ARS/ACES Nº de cheques emitidos/Total de população residente (por região e por grupos etários)	
	Técnicos		
	Financeiros		
	Qualidade	Nº de erros ocorridos durante a identificação dos utentes e a emissão dos cheques Nº de reclamações recebidas por parte dos utentes/Utentes abrangidos % de erros relacionados com o SISO	

Tabela 12 – Diagrama do Processo 2.3 – Gestão da prestação de cuidados de SO

Inputs		Processo	Outputs
Lista de médicos aderentes		2.3-Gestão da prestação de cuidados Saúde Oral	Diagnostico efetuado pelo médico aderente registado no SISO
Consulta entre utente e prestador dos cuidados de SO			Plano de tratamentos necessários descrito no SISO
Cheque dentista			Tratamento(s) efetuado (s) ao beneficiário do cheque
Dados sobre o utente			Registo do (s) tratamento(s) que foi efetuado (s)
Dados sobre o prestador e sobre o seu local de trabalho			Cheque dentista assinado
Lista de projetos abrangidos pelo SISO			
Intervenientes no Processo		Utente do PNPSO Médico Dentista/Estomatologista	
Objetivos		Avaliar os ganhos em saúde oral dos beneficiários Avaliar universalidade e equidade no acesso, de todos os utentes, aos cheques dentista Analisar discrepância entre os diagnósticos e os tratamentos efetuados Avaliar a coerência e a qualidade dos cuidados de SO prestados Verificar qual a duração média de cada tratamento Efetuar a comparação entre o nº de cheques utilizados e o nº de cheques emitidos Prestar serviços de SO de elevada qualidade Analisar a existência de reclamações ou de possíveis fraudes por parte dos prestadores Maximizar a satisfação dos beneficiários dos cheques	
Subprocessos		2.3.1-Prestar cuidados SO	
Indicadores	Gerais	Nº de utentes que usufruíram do(s) cheque(s) dentista Taxa de Utilização dos Cheques Emitidos - (Cheques Utilizados/Cheques Emitidos) % de utentes que necessitaram de mais do que um cheque dentista/Nº total de utentes abrangidos pelo PNPSO Percentagem de utentes que usufruíram de 1, 2 ou 3 cheques dentista Nº de utentes que deveriam ser atendidos por cada médico dentista ou médico estomatologista Distribuição do nº de consultas ao longo do ano	
		Sociodemográficos	Nº de cheques utilizados por ARS/ACES Número e média de consultas realizadas por grupo-alvo e respetivas cohorts Taxa de cobertura por grupo-alvo e por regiões (ARS)
	Técnicos	Tratamentos Efetuados % sucesso dos tratamentos/Tratamentos Efetuados Nº dentes Cariados (Inicio e Fim da utilização dos Cheques) Nº dentes Perdidos (Inicio e Fim da utilização dos Cheques) Nº dentes Obturados (Inicio e Fim da utilização dos Cheques) Nº dentes Selados (Inicio e Fim da utilização dos Cheques) % de complicações depois do tratamento ser efetuado Tipo de doenças mais frequentes e em que zonas se verificam com maior frequência Duração média dos tratamentos por grupo-alvo (Inicio e Fim do Tratamento) Nº médio de consultas recebidas pelos utentes em determinado periodo temporal Comparação entre diagnósticos e tratamentos efetuados	
	Financeiros		
	Qualidade	Nº de reclamações efetuadas pelos utentes/Utentes abrangidos Grau de satisfação dos beneficiários dos cheques dentistas	

Tabela 13 -Diagrama do Processo 2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentistas ou das próteses dentárias

Inputs		Processo	Outputs
Cheques utilizados e assinados		2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentistas ou das próteses dentárias	Médico dentista/estomatologista recebe o pagamento pelos serviços prestados
Lista dos cheques que se encontram com pagamento pendente			Utente é reembolsado pelo pagamento da prótese dentária
Informações enviadas pelos médicos dentistas/estomatologista			Valor total investido no pagamento dos cheques dentistas (por regiões e por prestadores)
Documentação referente à despesa com a prótese dentária			Valor total investido no pagamento das próteses dentárias (por utentes)
Intervenientes no Processo		Médico Dentista/Estomatologista ARS Utente do PNPSO Administrativo do CS SISO ACSS Segurança Social	
Objetivos		Garantir a implementação e funcionamento do PNPSO e o seu controlo financeiro Avaliar os gastos monetários com o PNPSO Verificar qual o montante despendido com os cheques (anualmente) Verificar qual o montante despendido com a prótese dentária (anualmente) Verificar a ocorrência de erros no pagamento dos cheques e das próteses Verificar tempo decorrido entre o pedido de pagamento e a sua concretização	
Subprocessos		2.4.1-Pagar cheques dentista 2.4.2-Pagar próteses dentárias	
Indicadores	Gerais	Tempo decorrido entre o pedido de pagamento do cheque e a sua liquidação Tempo decorrido entre o pedido de pagamento da prótese e a sua liquidação	
	Sociodemográficos		
	Técnicos		
	Financeiros	Total de financiamento obtido pelas ARS Financiamento despendido pelas ARS/Financiamento Obtido Valor monetário de cheques pagos Valor monetário das próteses dentárias reembolsadas	
	Qualidade	Nº erros ocorridos no pagamento dos cheques e das próteses Nº de reclamações efetuadas quer pelos utentes quer pelos prestadores / Total de pedidos de pagamento	

Tabela 14 – Diagrama do Processo 3.1-Gerir Recursos

Inputs		Processo	Outputs
Programas e grupos-alvos abrangidos pelo PNPSO		3.1-Gerir Recursos	Possibilidade de monitorizar o desempenho de cada ator
Metas e objetivos a atingir			Documentação referente à creditação das instalações dos prestadores de cuidados de SO
Recursos Necessários (físicos, humanos e financeiros) definidos			Monitorizar qualidade dos materiais utilizados nos tratamentos
Requisitos que os prestadores e as suas instalações têm de obedecer			Cálculo do financiamento utilizado para tratamento dos utentes
Desempenho e satisfação dos diversos atores intervenientes			Financiamento gasto no pagamento dos cheques e das próteses (por projeto)
Registos dos diversos atores			Verificação do plafond não utilizado e seus possíveis motivos
Legislação existente referente a materiais e instalações de prestação de cuidados de SO			Gestão dos diversos intervenientes no pagamento dos cheques e das próteses dentárias
Critérios de aceitação dos equipamentos e materiais			
Relatórios e documentos entregues pelos intervenientes			
Intervenientes no Processo			Ministério da Saúde DGS
Objetivos		Avaliar o desempenho e a satisfação dos recursos humanos envolvidos no PNPSO Monitorizar e Controlar os recursos materiais/instalações Analisar financiamento disponível/utilizado Adequar o nº de recursos humanos aos recursos financeiros disponíveis	
Subprocessos		3.1.1-Gerir recursos humanos 3.1.2-Gerir recursos materiais 3.1.3-Gerir recursos financeiros	
Indicadores	Gerais	Total de atores intervenientes Índice de desempenho dos recursos humanos Nº de reclamações feitas por algum dos atores envolvidos no PNPSO Nº de inconformidades detetadas na monitorização e controlo dos recursos materiais/instalações	
	Sociodemográficos		
	Técnicos		
	Financeiros	Financiamento utilizado/Financiamento obtido (por projetos) Plafon disponível (Financiamento obtido - Financiamento utilizado) % de desvio em termos financeiros relativamente ao orçamentado inicialmente	
	Qualidade	Proporção de prestadores satisfeitos com a adesão ao PNPSO Índice de satisfação dos atores intervenientes	

Tabela 15 – Diagrama do Processo 3.2-Gerir Informação

Inputs		Processo	Outputs
Diversas Informações		3.2-Gerir Informação	Conjunto de diversas informações subdivididas nas 3 bases de dados do SISO
Registos de pedidos de adesão			Documentos atualizados organizados e arquivados
Registos de pedidos de emissão dos cheques			Partilha de informações entre todos os atores
Registos de diagnósticos e tratamentos			Registo de toda a informação
Registos referentes a pagamentos			Armazenamento de toda a informação recebida e enviada
Relatórios existentes			
Documentação informativa			
Correspondência enviada e recebida			
Outras Informações			
Intervenientes no Processo			ACSS
		SISO	
Objetivos		Organizar e armazenar toda a informação referente ao PNPSO	
		Garantir que toda a informação é coerente	
		Aprovar e validar todos os documentos relacionados com o PNPSO	
		Garantir a existência de um SI adequado e com capacidade para armazenar toda a informação	
		Registar (informações) legíveis, úteis e de fácil acesso e leitura	
Subprocessos		3.2.1-Recolha da informação	
		3.2.2-Análise da informação	
		3.2.3-Controlo da Informação	
		3.2.4-Gerir SISO	
Indicadores	 Gerais	Tempo médio de acesso à informação pretendida	
		Nº de registos perdidos/Nº total de registos	
		Nº de reclamações por falta de documentação	
		% de utilização de documentos (informações) errados/Total de documentos (informações)	
		Quantidade de informação recebida e enviada	
		% de documentação que necessita de atualização/Total de documentação (informações)	
		% de informação útil/Informação Total	
	% de informação obsolenta/Informação Total		
	Sociodemográficos		
	Técnicos		
Financeiros			
Qualidade			

Tabela 16 – Diagrama do Processo 3.3-Gerir Inconformidades

Inputs		Processo	Outputs
Identificação de possíveis falhas ou problemas		3.3-Gerir Inconformidades	Análise e tratamento das reclamações
Reclamações recebidas			Falhas ou problemas resolvidos
Informações referentes a reclamações			Reclamações solucionadas
			Comunicação dos resultados/conclusões alcançados as partes interessadas
			Relatórios de resolução das Inconformidades
Intervenientes no Processo		Ministério da Saúde/DGS ERS	
Objetivos		Identificar, analisar e eliminar possíveis erros/fraudes Resolver falhas ou problemas Dar seguimento as reclamações Solucionar reclamações Evitar a ocorrência de erros ou reclamações	
Subprocessos		3.3.1-Gestão de erros/problemas/reclamações	
Indicadores	Gerais		
	Sociodemográficos		
	Técnicos		
	Financeiros		
	Qualidade	Nº de erros resolvidos/Nº de erros ou problemas detetados Nº de reclamações solucionadas/Nº de reclamações recebidas Nº de erros/falhas ou reclamações com reincidência Nº de reclamações Tempo médio de tratamento das reclamações	

Tabela 17 – Diagrama do Processo 3.4-Auditoria ao PNPSO

Inputs		Processo	Outputs
Relatórios de auditorias anteriores		3.4-Auditoria ao PNPSO	Relatório final da auditoria
Plano da auditoria			Possíveis ações corretivas a implementar
Relatórios desenvolvidos por ARS, ACES			Calendarização de novas auditorias
Objetivos inicialmente definidos			
Intervenientes no Processo		ARS	
		ACES	
		Médicos auditores	
		DGS	
Objetivos		Realizar periodicamente (anual) auditorias	
		Verificar se PNPSO está a funcionar de acordo com os objetivos previamente fixados	
		Estabelecer e monitorizar planos, etapas da auditoria, critérios, avaliações e métodos de trabalho	
		Analisar os resultados da (s) auditoria (s)	
Subprocessos		3.4.1-Planear Auditoria	
		3.4.2-Preparar Auditoria	
		3.4.3-Executar Auditoria	
		3.4.4-Relatar Auditoria	
		3.4.5-Seguinte Auditoria	
Indicadores	Gerais	Frequência com que o programa é auditado	
		Nº de Inconformidades detetadas por ciclo de auditoria	
		% de desvio entre os resultados da auditoria e os objetivos inicialmente definidos	
	Sociodemográficos		
	Técnicos		
	Financeiros		
	Qualidade		

Tabela 18 – Diagrama do Processo 4.1-Controlo não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas

Inputs		Processo	Outputs
Documentação Arquivada		4.1-Controlo não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	Relatórios intermédios de monitorização do PNPSO
Relatórios divulgados pelas ARS			Causas das não-conformidades detetadas e analisadas
Erros, problemas ou reclamações identificadas			Enumeração de possíveis medidas corretivas a implementar
Relatórios da resolução dos erros, problemas ou reclamações			Definição de ações preventivas que impeçam a repetição das não-conformidades
Intervenientes no Processo		ARS	
Objetivos		Garantir a correta monitorização e correção de não-conformidades	
		Determinar e implementar ações corretivas e preventivas	
		Avaliar, determinar ações e eliminar as causas das não-conformidades	
		Evitar repetição das não-conformidades	
		Entender as não-conformidades como avisos da necessidade de realizar ações preventivas	
Subprocessos		4.1.1-Controlo não-conformidades	
		4.1.2- Implementar ações correctivas e preventivas	
Indicadores	Gerais	Nº de não-conformidades/Nº de conformidades	
		Nº de não-conformidades corrigidas	
		Tempo médio de deteção de não-conformidades	
		Tempo médio de correção de não-conformidades	
	Sociodemográficos		
	Técnicos		
	Financeiros		
	Qualidade	% eficácia das ações de correção	
		% eficácia das ações de prevenção	

Tabela 19 – Diagrama do Processo 4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO

Inputs		Processo	Outputs
Relatórios das diversas entidades		4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO	Revisão do PNPSO
Relatório final da auditoria			Revisão dos planos/calendarização das auditorias
Deteção e resolução de erros/fraudes			Plano de revisão de recursos envolvidos (humanos ou financeiros)
Reclamações e tratamento das mesmas			Comparação de objetivos planeados com realizados
			Atribuição de responsabilidades
Intervenientes no Processo		DGS	
		Ministério da Saúde	
Objetivos		Realizar uma avaliação final ao PNPSO	
		Determinar, recolher e analisar informações pertinentes	
		Medir, monitorizar e comparar os resultados obtidos com os esperados	
		Rever e avaliar o plano estratégico inicialmente definido	
		Avaliar a universalidade e a equidade no acesso, de todos os utentes, aos cheques dentista	
		Avaliar ganhos em saúde oral	
		Avaliar os gastos monetários com o PNPSO	
		Avaliar a coerência e a qualidade dos serviços de saúde oral	
Subprocessos		4.2.1-Avaliação técnico-científica do PNPSO	
		4.2.1-Avaliação económica/financeira do PNPSO	
		4.2.3-Avaliação sociodemográfica do PNPSO	
		4.2.4-Avaliação da qualidade do PNPSO	
		4.2.5-Análise crítica feita pela Gestão do PNPSO	
Indicadores	Gerais		
	Sociodemográficos		
	Técnicos		
	Financeiros	Total de financiamento do PNPSO	
		% de desvio em termos monetários do PNPSO relativamente ao orçamentado	
	Qualidade	%de desvio do PNPSO relativamente ao planeado	
	Taxa de cumprimento do plano estratégico inicialmente definido		
	Satisfação geral de todos os atores do PNPSO		
	Eficácia e Eficiência do PNPSO		

Realça-se, ainda, que os indicadores definidos para o macroprocesso “1. Planear e Criar Programa”, mais concretamente para os processos “Elaborar PNPSO”, “Definir Recursos” e “Promoção e Marketing”, deverão ser obtidos face aos dados/informações existentes anteriormente.

5.2 - Indicadores para avaliação do PNPSO

A qualidade apresenta-se como uma temática muito discutida, tendo em conta a elevada concorrência, a constante necessidade de reduzir custos e a crescente exigência dos clientes. Esta exigência verifica-se também nos serviços de saúde.

No caso do cheque dentista não é suficiente criá-lo e distribuí-lo, é preciso avalia-lo, podendo essa avaliação passar pelo uso de indicadores de desempenho e de avaliação de

desempenho dos profissionais, mediante a realização de uma auditoria ao PNPSO, tendo como objetivos principais verificar se:

- É cumprida a legislação e a regulação nas ações efetuadas tendo em vista a redução de incidência e prevalência de doenças orais.
- Existe eficácia e eficiência operacional nas ações efetuadas tendo em vista a redução de incidência e prevalência de doenças orais.
- Existe eficácia e eficiência operacional na melhoria de conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral da população.
- É fiável e precisa a informação inserida nas ações efetuadas tendo em vista a redução de incidência e prevalência de doenças orais.
- É fiável e precisa a informação inserida tendo em vista a melhoria de conhecimentos de comportamentos sobre saúde oral.
- É fiável e precisa a informação inserida na promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral.

5.2.1 Apresentação de Indicadores

Neste contexto, padronizou-se a gestão e avaliação do cheque dentista através da criação de alguns indicadores de desempenho, presentes no Modelo de Processos do PNPSO e agrupados em cinco dimensões/categorias:

- Indicadores Sociodemográficos – têm como finalidade avaliar a universalidade e a equidade no acesso, de todos os utentes, aos cheques dentista.
- Indicadores Técnicos – têm como objetivo avaliar quais os ganhos em saúde oral, através da evolução do número de dentes “cariados”, “perdidos”, “obturados” e “selados”.
- Indicadores de Financiamento – têm como objetivo avaliar o investimento financeiro efetuado no PNPSO.
- Indicadores de Qualidade – têm por objetivo avaliar a coerência e a qualidade dos serviços de saúde oral prestados no âmbito do PNPSO.
- Indicadores Gerais – têm como objetivo auxiliar na avaliação do programa.

Para uma fácil descrição dos diversos indicadores optou-se por obedecer a uma sequência lógica de acordo com os itens seguintes:

- Macroprocesso, processo e dimensão ao qual o indicador pertence;
- Nome do Indicador;
- Tipo- taxa/coeficiente, índice, percentagem, número absoluto, facto;
- Objetivo – motivo para o qual foi criado;
- Fórmula de cálculo - maneira de expressão, dependendo do tipo;
- Periodicidade de medição ou extração de informação;
- Âmbito geográfico.

Devido à sua extensão, apenas serão descritos doze dos 105 indicadores criados para avaliar o PNPSO, encontrando-se os restantes em anexos, mais concretamente, no Anexo 2 – Tabelas 24, 25, 26, 27 e 28.

1. Nº de Centros de Saúde envolvidos no PNPSO/Nº de Centros de Saúde existentes

Este indicador pertence ao macroprocesso “Planear e criar programa”, mais concretamente ao processo “Elaborar PNPSO,” e à dimensão geral, tendo sido criado com o objetivo de perceber qual a adesão dos centros de saúde existentes em Portugal Continental ao PNPSO.

Para se conseguir calcular divide-se o nº de Centros de Saúde que estiveram envolvidos no PNPSO pelo nº de Centros de Saúde que existem em Portugal Continental. O nº de Centros de Saúde que estiveram envolvidos no PNPSO pode ser apurado tendo em conta os relatórios divulgados pelas ARS, enquanto que o nº de Centros de Saúde existentes em Portugal Continental podem ser encontrados nos dados estatísticos disponibilizados anualmente pelo INE.

Para terminar, este indicador pode ser calculado no final de cada ano, não só a nível nacional, mas também por ARS.

2. Nº de médicos aderentes (estomatologistas e dentistas contratualizados) por região

O cálculo do nº de médicos dentistas e médicos estomatologistas que aderiram ao PNPSO é um indicador sociodemográfico, pertencente ao macroprocesso “Implementar e Gerir Programa” e ao processo “Gestão de Aderentes ao PNPSO”.

O seu objetivo é conhecer qual o impacto que teve o PNPSO em termos de adesões por parte dos profissionais de saúde oral, e pode ser calculado através da soma do nº de médicos que obtiveram resultado afirmativo ao seu pedido de adesão ao PNPSO e verificado pelas diversas regiões. O nº de médicos que obtiveram resultado afirmativo ao seu pedido de adesão ao PNPSO pode ser verificado nos dados constantes do SISO.

Este indicador deverá ser avaliado após conclusão de processo de candidaturas de adesão ao PNPSO, realizado com periodicidade arbitrária e deverá ser verificado por ARS ou ACES, tendo em conta a morada dos médicos dentistas ou médicos estomatologistas.

3. Nº de médicos dentistas ou estomatologistas aderentes/Nº médicos dentistas ou estomatologistas inscritos na OM e na OMD (por região)

Este indicador sociodemográfico, pertencente ao macroprocesso “Implementar e Gerir Programa” e ao processo “Gestão de Aderentes ao PNPSO”, foi definido com a finalidade de perceber qual a adesão dos médicos dentistas/estomatologistas face aos inscritos nas respetivas ordens.

Deverá ser calculado dividindo o nº de dentistas/estomatologistas aderentes pelo nº de dentistas/estomatologistas inscritos nas OM e OMD (por morada e subdividir por ARS e/ou ACES). O nº de dentistas/estomatologistas aderentes pode ser consultado nos dados do SISO e o nº de dentistas/estomatologistas inscritos nas OM e OMD consultando as bases de dados da OM e OMD, ou através dos dados estatísticos disponibilizados pelo INE.

A acrescentar que este indicador deverá ser revisto sempre que sejam concluídos os períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO.

4. Nº de utentes que usufruíram do(s) cheque(s) dentista

O nº de utentes que beneficiaram dos cheques dentistas é um indicador pertencente à dimensão geral, ao macroprocesso “Implementar e Gerir Programa” e ao processo “Gestão da prestação de cuidados de SO” e foi criado tendo como objetivo verificar quantos utentes utilizaram efetivamente os cheques dentistas.

Para o seu devido calculo deverá somar-se o nº utentes que utilizaram cheque(s) dentista, sendo que este indicador poderá ser verificado semestral ou anualmente e por ARS e/ou ACES.

5. Taxa de cobertura por grupo-alvo e por regiões (ARS)

A taxa de cobertura por grupo-alvo e por regiões (ARS) é um indicador sociodemográfico, definido para o macroprocesso “Implementar e Gerir Programa”, mais concretamente para o processo “Gestão da prestação de cuidados de SO”.

A sua finalidade é avaliar a universalidade e a equidade no acesso, de todos os utentes, aos cheques dentista. Para tal, deve-se confrontar o nº de cheques distribuídos para determinado grupo e região com a população pertencente a esse grupo-alvo e região (através dos dados estatísticos e estudos do INE). Poderá ainda ser calculado semestral ou anualmente, por ARS e/ou ACES.

6. Nº de utentes que deveriam ser atendidos por cada médico dentista ou médico estomatologista

O nº de utentes que deveriam ser atendidos por cada médico dentista ou médico estomatologista representa um indicador geral, criado para o macroprocesso “Implementar e Gerir Programa” e processo “Gestão da prestação de cuidados de SO”.

O seu objetivo é calcular quantos utentes deveriam ser atendidos em média por cada médico dentista/estomatologista, se existisse uma distribuição equitativa no nº de utentes tratados por cada médico dentista ou médico estomatologista. Assim, no final de cada ano, deverá dividir-se o nº de utentes beneficiários dos cheques dentista pelo nº de médicos dentistas aderentes ao PNPSO, quer a nível Nacional, quer por ARS.

7. Nº de cheques utilizados por região

O nº de cheques que foram utilizados em cada região representa um indicador sociodemográfico, mais uma vez, pertencente ao macroprocesso “Implementar e Gerir Programa” e ao processo “Gestão da prestação de cuidados de SO”.

Apresenta como objetivo a verificação do nº de cheques que foram utilizados, no âmbito do PNPSO, e deve ser calculado, semestral ou anualmente, através da soma do nº de cheques que foram utilizados pelos utentes (informação disponível no SISO) e verificar a forma como esse valor se reparte pelas respetivas ARS e/ou ACES.

8. Percentagem de utentes que necessitaram de mais do que um cheque dentista / Nº total de utentes abrangidos pelo PNPSO

Este indicador pertence à dimensão geral e foi criado para o macroprocesso “Implementar e Gerir Programa”, mais concretamente, para o processo “Gestão da prestação de cuidados de SO”, tendo como finalidade analisar quantos utentes precisaram de mais que 1 cheque, após a 1ª consulta.

Para o seu efetivo cálculo divide-se o nº de utentes que usufruíram de 2 ou mais cheques dentista pelo nº total de utentes abrangidos (estando ambas as informações disponíveis no SISO), sendo que este valor poderá ser apurado semestral ou anualmente, por ARS e/ou ACES.

9. Percentagem de utentes que usufruíram de 1, 2 ou 3 cheques dentista

A percentagem de utentes que usufruíram de 1, 2 ou 3 cheques dentista é também um indicador geral, criado para o processo “Gestão da prestação de cuidados de SO”.

Apresenta como finalidade a verificação da percentagem de utentes que necessitaram de 1, 2 e 3 cheques por regiões e grupo-alvo, analisando para cada grupo-alvo qual é a tendência do nº de cheques necessários.

Assim, deverá somar-se o nº de utentes que necessitaram de 1, 2 ou 3 cheques, e dividir esses valores pelo nº total de utentes beneficiários do PNPSO, encontrando-se assim a percentagem de utentes que utilizaram 1, 2 ou 3 cheques.

A periodicidade de medição deste indicador deverá ser semestral ou anual e o âmbito geográfico a nível nacional e por ARS.

10. Média do número de consultas realizadas por grupo-alvo e região

A média do número de consultas realizadas por grupo-alvo e região é um indicador sociodemográfico, definido, mais uma vez, para o processo “Gestão da prestação de cuidados de SO”.

O seu objetivo é verificar qual a média de consultas realizadas por grupo-alvo e respetivas coortes. Para o seu cálculo efetua-se a média do nº de consultas utilizadas por cada grupo-alvo. Este indicador apresenta uma periodicidade de medição semestral ou anual e um âmbito geográfico a nível nacional e por ARS.

11. Distribuição do nº de consultas ao longo do ano

A distribuição do nº de consultas ao longo do ano representa um indicador pertencente à dimensão geral e foi definido para auxiliar na avaliação do processo “Gestão da prestação de cuidados de SO”.

Este indicador tem como principal objetivo verificar a existência de picos mensais no nº de consultas recebidas pelos utentes beneficiários do PNPSO, ao longo do ano.

Para o seu cálculo soma-se o nº de consultas realizadas em cada mês no âmbito do PNPSO e a sua periodicidade deverá ser anual e o seu âmbito geográfico a nível nacional.

12. Valor monetário de cheques pagos

Este último indicador referente ao valor monetário de cheques pagos, pertence à dimensão financeira, e foi criado para monitorizar e avaliar o processo “Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias”, neste caso apenas relativo aos cheques dentista.

Este indicador tem como finalidade apurar o total de financiamento despendido no pagamento dos cheques dentista. Posto isto, deverá somar-se a totalidade de encargos efetuados no pagamento dos cheques dentistas, verificando os pedidos de pagamento de cheques dentista validados e, de seguida, multiplicar o valor de cada cheque pelo nº de cheques que foram validados e pagos.

A sua periodicidade de medição poderá ser semestral ou anual e deverá ser verificado quer a nível nacional, quer para cada uma das cinco ARS existentes.

5.3 - Conclusões

A gestão e avaliação da qualidade do PNPSO representam um fator essencial para o sucesso deste programa, tornando-se, assim, de extrema importância definir e compreender os seus processos. A definição e a compreensão dos processos têm como principais objetivos estrutura-los de uma forma simples, de forma a poder medi-los e avaliá-los, efetuando reajustes nos mesmos de acordo com os diferenciais identificados obtendo, assim, uma melhor qualidade, eficácia e eficiência.

Tendo em conta a necessidade de avaliação da qualidade e desempenho do PNPSO foi desenvolvido um modelo de processos para este programa, segundo a lógica PDCA (enunciada no capítulo 2).

O modelo de processos para o PNPSO foi, então, organizado em quatro macroprocessos: “1. Planear e Criar Programa”, “2. Implementar e Gerir Programa”, “3. Monitorizar Programa” e “4. Avaliar Programa”, sendo cada um destes macroprocessos dividido em processos, subprocessos e atividades devidamente interligadas entre si.

Posteriormente foi elaborada uma descrição detalhada para cada um dos processos, recorrendo-se em alguns casos a representações gráficas, como os fluxogramas, para ajudar numa melhor perceção dos mesmos.

De seguida, foram apresentados os treze diagramas, um para cada processo, contendo informações relativa aos *inputs*, *outputs*, intervenientes, objetivos e possíveis indicadores que futuramente podem ser utilizados para o desempenho do processo a que se referem.

Uma vez que a avaliação do PNPSO poderá passar pelo respetivo cálculo e análise dos diferentes indicadores de desempenho identificados para cada um dos processos, foram

agrupados os 105 indicadores pelas cinco dimensões: indicadores gerais, indicadores sociodemográficos, indicadores técnicos, indicadores financeiros e indicadores da qualidade. Foram assim agrupados 51 indicadores gerais, 9 indicadores sociodemográficos, 13 indicadores técnicos, 14 indicadores financeiros e 18 indicadores da qualidade.

Para cada um dos indicadores foi, também, descrito o seu tipo, objetivo, fórmula de cálculo, periodicidade de medição ou extração de informação para calcular este indicador e, finalmente, o âmbito geográfico.

Capítulo 6

6. Conclusões e Trabalho Futuro

A qualidade foi evoluindo ao longo das últimas décadas, representando uma importante variável a ser tida em conta por qualquer organização. Atualmente verifica-se a crescente importância atribuída pelas organizações à gestão pela qualidade total com a finalidade de melhorar a qualidade e criar um produto ou serviço ao mais baixo custo possível e que atenda às necessidades dos consumidores

No sector da saúde, a qualidade dos serviços era considerada/avaliada tendo em conta os custos e os recursos que eram utilizados. Atualmente isso já não acontece, sendo privilegiada uma abordagem mais orientada para os consumidores, para as suas necessidades, expectativas e percepções dos cuidados de saúde que receberam.

A qualidade dos serviços de saúde prestados aos consumidores tem sido alvo de interesse, nos últimos tempos, por parte dos diversos atores envolvidos nesta área: profissionais de saúde, utentes, gestores, financiadores e responsáveis políticos.

Assim, torna-se fundamental para qualquer organização ligada à saúde, avaliar a qualidade dos serviços que são prestados aos seus clientes, de forma a poder melhorá-los.

Uma forma das organizações poderem avaliar a qualidade dos seus serviços, e tendo em conta um dos oito princípios da gestão da qualidade, centra-se na abordagem ou gestão por processos.

Através desta abordagem as organizações definem e representam de uma forma clara e de fácil percepção todos os seus processos, existindo a possibilidade destes serem hierarquizados desde a sua área de negócio até aos movimentos mais simples. Com a implementação da gestão por processos as organizações conseguem que todos os intervenientes no negócio apresentem a mesma visão sobre o mesmo e que, assim, possam ser identificadas e analisadas os principais problemas existentes com cada processo de forma a que estes possam ser melhorados.

No entanto, a abordagem por processos só conduzirá vantagens para as organizações se estas definirem e calcularem indicadores de desempenho que permitam medir e avaliar a

qualidade dos seus processos e estabelecerem *standards* ou objetivos que possam servir de referência e com os quais serão confrontados os resultados. Será através da utilização de indicadores e de *standards* que se poderá proceder ao aperfeiçoamento dos processos, e consequentemente, à melhoria dos cuidados de saúde prestados aos utentes.

Tendo como objetivo principal a melhoria da qualidade dos serviços de saúde/educação para a população-alvo verificou-se, em grande número, o recurso a diversos tipos de sistemas de *vouchers*, em muitos países.

Em Portugal e com a finalidade de melhorar a qualidade da saúde oral da população portuguesa foi criado e implementado em 2005 um sistema de *voucher* alternativo de prestação e financiamento dos serviços de saúde oral, mais concretamente, o Cheque Dentista.

O Cheque Dentista foi criado pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, permitindo que determinada população, previamente selecionada, pudesse aceder gratuitamente a cuidados de saúde oral, prestados pelos médicos dentistas ou médicos estomatologistas escolhidos pelos beneficiários dos cheques.

Este programa foi alvo de sucessivos alargamentos no que respeita à população alvo, estando atualmente disponível para crianças e jovens com idade menor ou igual a 6 anos, com 7, 10 ou 13 anos e com idades intermédias de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos; grávidas em vigilância pré-natal seguidas no SNS; idosos beneficiários do complemento social de apoio ao idoso e, ainda, portadores de VIH/SIDA.

Apesar do PNPSO já existir há mais de sete anos, ainda nada ou pouco foi feito em termos de avaliação do desempenho, da qualidade e dos custos/benefícios deste mecanismo. Face a este facto, foi concebido o modelo de processos para o PNPSO, tendo por base o modelo a metodologia PDCA, e desenvolvidos e testados alguns indicadores de forma a poder avaliar/medir o referido programa.

Foram, então, identificados como macroprocessos: o planeamento e a criação, a implementação e gestão, a monitorização e a avaliação do PNPSO.

O planeamento e a criação do PNPSO subdivide-se em três processos: a elaboração do PNPSO, a definição dos recursos e a promoção e marketing dos cheques dentista. Por sua vez, a implementação e gestão do PNPSO abrange a gestão de aderentes ao programa, a gestão do ciclo de vida dos cheques dentistas, a gestão da prestação de cuidados de saúde oral e, ainda, a

gestão dos pagamentos dos cheques dentistas ou das próteses dentárias. A monitorização do PNPSO engloba quatro processos, sendo eles: a gestão de recursos, a gestão de informações, a gestão de inconformidades e a realização de auditorias ao programa. Por último, a avaliação do PNPSO com o controlo das não-conformidades e definição de ações corretivas e preventivas e com a avaliação e análise dos resultados do PNPSO.

Cada um destes processos acima referidos apresenta *inputs*, *outputs*, intervenientes, objetivos e subprocessos que o caracterizam e que também foram discutidos nesta dissertação.

No entanto, para uma correta gestão e avaliação do cheque dentista, não é suficiente descrever todos os processos, tendo se tornado de extrema importância e relevância para o presente trabalho, a definição e caracterização de alguns indicadores de desempenho para cada processo.

Assim foram criados e descritos 105 indicadores, agrupados nas dimensões geral, sociodemográfica, financeira, técnica e da qualidade, cada uma delas com objetivos de avaliação específicos.

6.1 - Contribuições

Apresentam-se agora as principais contribuições deste trabalho, sendo enumeradas capítulo a capítulo.

No segundo capítulo procedeu-se a um enquadramento teórico ao conceito da qualidade, mais concretamente no sector da saúde, destacando-se a importância que a avaliação da qualidade e a gestão por processos poderá representar para qualquer organização.

O capítulo seguinte centrou-se no estudo dos sistemas de *vouchers*, onde foi verificado que os principais objetivos destes mecanismos prendem-se com a equidade, a eficiência, a eficácia e a satisfação dos pacientes. No entanto, os programas de *vouchers* poderão apresentar diversas vantagens, mas também alguns inconvenientes, dependendo se é feita (ou não) uma correta gestão deste tipo de mecanismos. Posteriormente, foi verificada a importância e enunciados alguns procedimentos que poderão ser utilizados na avaliação da qualidade de um sistema de *vouchers*. Neste capítulo foram ainda discutidos diversos tipos de sistemas de

vouchers aplicados em alguns sectores específicos, dos quais se destaca o sector da educação e o sector da saúde, em diferentes países.

No quarto capítulo foi analisado pormenorizadamente o caso de estudo do PNPSO, sendo acompanhada a sua evolução temporal desde 2005 até à atualidade, debatido o modelo de financiamento deste programa e analisado o processo de contratualização e acreditação dos profissionais de saúde oral. De seguida, foram discutidos os grupos-alvo que poderão beneficiar dos cheques dentistas, assim como o valor e o número de cheques que cada beneficiário poderá usufruir. Devido a complexidade do referido programa foi ainda verificada a necessidade e a importância que o SISO representa para o PNPSO. Finalmente, foram identificadas as principais lacunas do cheque dentista, verificando-se a inexistência de informações referentes à avaliação da qualidade e do desempenho do cheque dentista.

O quinto capítulo incorpora as principais contribuições para este trabalho. Assim, neste capítulo foi apresentado o modelo de processos para o PNPSO permitindo a visão global e a avaliação da qualidade do programa, e consequentemente, a melhoria dos processos e do desempenho do PNPSO. O referido modelo de processos foi desagregado por macroprocessos, processos, subprocessos e atividades conduzindo a percepção detalhada de todo o programa. Posteriormente, foram concebidos e descritos alguns indicadores de medição/avaliação do PNPSO. Esses indicadores encontram-se divididos em cinco dimensões, apresentando diversas perspetivas do ponto de vista geral, técnico, sociodemográfico, financeiro e da qualidade do PNPSO.

6.2 - Principais Resultados

Os sistemas de *vouchers* possibilitarem um acesso facilitado dos beneficiários a vários prestadores públicos ou privados, isso verifica-se no caso dos cheques dentista, em que os seus beneficiários podem escolher livremente o prestador de serviços que pretender. Qualquer médico dentista /estomatologista aderente ao PNPSO tem de apresentar as suas instalações e equipamentos de acordo com as condições higieno-sanitárias e a legislação em vigor, o que conduz a um aumento da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários do *voucher* (cheque dentista).

Verifica-se também que os *vouchers*, mais concretamente os cheques dentista, permitem a redução dos custos, para os seus beneficiários, no acesso aos cuidados de saúde oral e um maior controlo de custos por parte dos seus promotores.

Os órgãos gestores do PNPSO desempenham um papel muito importante para o sucesso deste programa, pois são os responsáveis pelo planeamento e implementação dos cheques dentista, assim como, pela gestão, controlo e avaliação de desempenho deste tipo de *voucher*.

Por fim, confirma-se a necessidade e a importância da existência de sistema de informação adequado que dê apoio aos sistemas de *voucher*, como é o caso do SISO que constitui uma ferramenta fundamental para a gestão do PNPSO.

6.3 - Limitações e Trabalho Futuro

A principal limitação que pode ser apontada a este trabalho prende-se com o facto do conjunto de dados que inicialmente estava previsto a DGS facultar à Universidade de Aveiro, em tempo útil, não se ter verificado, devido a vicissitudes diversas.

Em relação ao futuro, seria interessante para o futuro, definir *standards*, ou seja, padrões de desempenho com os quais os resultados do PNPSO pudessem ser confrontados, analisados possíveis desvios e implementar melhorias de formas a reduzir ou eliminar esses mesmos desvios.

Por último, teria relevância aplicar a metodologia do *Balanced Scorecard* ao PNPSO, verificando o seu desempenho através de múltiplas perspetivas. Esta metodologia permitira descrever o desempenho do programa através da identificação de quatro perspetivas: a perspetiva dos beneficiários, a perspetiva interna, a perspetiva financeira e a perspetiva de aprendizagem ou inovação, verificando-se que todas elas se interligam entre si, formando uma relação de causa e efeito (Chytas et al., 2011).

7. Referências Bibliográficas

- Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2010). Boletim Informativo "Viver Melhor ao Sul". 01.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2010). Relatório de Actividades de 2010.
- Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2011). Relatório de Actividades - 2010.
- Administração Regional de Saúde do Algarve. (2010). Relatório de Actividades - 2009.
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2009). Relatório de Actividades - 2008.
- Administração Regional de Saúde do Centro. (2011). Relatório de Actividades - 2010.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2011). Departamento de Saúde Pública - Relatório de Actividades de 2010.
- Agha, S. (2011). Impact of a maternal health voucher scheme on institutional delivery among low income women in Pakistan. *Agha Reproductive Health*, 8(10).
- Andrade, F. (2003). *O método de melhorias PDCA*. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.
- Andreassen, T. W., & Lindestad, B. (1998). Customer loyalty and complex services - The impact of corporate image on quality, customer satisfaction and loyalty for customers with varying degrees of service expertise. *International Journal of Service Industry Management*, 9(1), 7-23.
- António, N., & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade - de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M. J., Asbroek, A. H. A. T., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
- Baldini, V., Tagliaferro, E., Ambrosano, G., Meneghim, M., & Pereira, A. (2010). Use of occlusal sealant in a community program and caries incidence in high- and low-risk children. *Journal of Applied Oral Science* 396-402.
- Barros, P. (1999). Budget effects of health care 'vouchers'. *Economics Letters*, 62(2), 229-235.
- Bebko, C. P. (2000). Service intangibility and its impact on consumer expectations of service quality. *Journal of Services Marketing*, 14(1), 9-26.
- Bellows, B. (2011). PRB Discuss Online: Have Reproductive Health Voucher Programs Improved Equity, Efficiency, and Impact? *Population Reference Bureau* Retrieved 08/02/2012, from <http://www.prb.org/Articles/2011/discussionjan22011.aspx?p=1>
- Bellows, N. M., Bellows, B. W., & Warren, C. (2010). The use of vouchers for reproductive health services in developing countries: systematic review. *Tropical Medicine and International Health*.
- Benner, M., & Tushman, M. (2003). Exploitation, Exploration, and Process Management: The Productivity Dilemma Revisited. *The Academy of Management Review*, 28(2), 238-256.
- Bernier, B., & Seekins, T. (1999). Rural Transportation Voucher Program for People with Disabilities: Three Case Studies. *Journal of Transportation And Statistics*, 2(1), 61-70.

- Bhatia, M. R., & Gorter, A. C. (2007). Improving Access to Reproductive and Child Health Services in Developing Countries: are Competitive Voucher Schemes an Option? *Journal of International Development*.
- Blum Center for Developing Economies. (2011). Smartphones for Better Healthcare Retrieved 08/02/2012, from <http://blumcenter.berkeley.edu/global-poverty-initiatives/mobile-phones-rural-health/smartphones-uganda-health>
- Butler, S. M., & Moffit, R. E. (1995). The FEHBP As A Model For A New Medicare Program. *Health Affairs*, 14(4), 47-61.
- Cabrito, B. G. (2003). La privatización de la enseñanza superior en Portugal y la equidad: una discusión en torno a las modalidades de financiamiento. *XII Jornadas de la Asociación de Economía de la Educación*.
- Cabrito, B. G. (2004). O financiamento do ensino superior em Portugal: entre o Estado e o mercado. *Centro de Estudos Educação & Sociedade*, 25(88), 977-996.
- Carter, R. (2011). Childcare Vouchers Retrieved 18/01/2012, from <http://childcarevouchers.net/>
- Chen, Y.-T., & Chou, T.-Y. (2011). Applying GRA and QFD to Improve Library Service Quality. *The Journal of Academic Librarianship*, 37(3), 237-245.
- Chytas, P., Glykas, M., & Valiris, G. (2011). A proactive balanced scorecard. *International Journal of Information Management*, 31, 460-468.
- Corvelo, S. (2006). The Service Voucher System – The Portuguese Interest.
- Cosse, G. (2003). Voucher Educacional: Nova e Discutível Panacéia Para a América Latina. *Cadernos de Pesquisa*, 118, 207-246.
- Costa, S. A. (2010). *Especificação de requisitos e testes de usabilidade no Sistema de Informação para a Saúde Oral - SISO*. Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2010001691>
- Deloitte Consultores, S. A. (2011). Saúde em análise - Uma visão para o futuro.
- Dental Services Development and Subsidy Programs. (2001). *Maine 22 MRSA § 2127, Vol 10-144* (Chapter 295).
- Departamento de Contratualização da ARS Algarve. (2011). Relatório Final de 2010 do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Região de Saúde do Algarve Retrieved 28/02/2012, from www.arsalgarve.min-saude.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Circular Normativa n.º 09/DSE, de 19/07/2006 - Avaliação do Risco em Saúde Oral Retrieved 22/01/2012, from http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/SOral/SOr_doc3.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2011). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS, Cap.2.1 Retrieved 28/02/2012, from <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0598B2FA-90C2-46FA-841D-15C0C83E6E87/0/RelatorioAnualSNS2010.pdf>.
- Emanuel, E. J., & Fuchs, V. R. (2005). Health Care Vouchers — A Proposal for Universal Coverage. *New England Journal of Medicine*, 352 (12), 1255-1260.

- Emanuel, E. J., & Fuchs, V. R. (2007). A Comprehensive Cure: Universal Health Care Vouchers. *Washington, DC: The Brookings Institute*, 18-23.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde. (2009). Estudo sobre a concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral. Porto.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde. (2011). Portaria 206/2011 de 23 de Maio, from http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/847634F4-00FA-4977-808ED952E02D93FE/0/portaria206_2011.pdf
- Florida Department of Health. Voucher Systems in the Delivery of Health Care Services, from www.doh.state.fl.us
- Fuchs, V. R., & Emanuel, E. J. (2005). Health Care Reform: Why? What? When? *Health Affairs*, 24(6), 1399-1414.
- Geer, E., Tuijl, H., & Rutte, C. (2009). Performance management in healthcare: Performance indicator development, task uncertainty, and types of performance indicators. *Social Science & Medicine*, 69, 1523-1530.
- Gorter, A., Sandiford, P., Rojas, Z., & Salvetto, M. (2003). Competitive Voucher Schemes for Health Background Paper. *Managua, Nicaragua: Instituto Centroamericano de la Salud - ICAS*.
- Gowana, M., Seymour, J., Ibarrechec, S., & Lackey, C. (2001). Service quality in a public agency: same expectations but different perceptions by employees, managers, and customers. *Journal of Quality Management*, 6(2), 275-291.
- Guimarães, M. (2009). *Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida - Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar*. Universidade Fernando Pessoa.
- Gupta, I., Joe, W., & Rudra, S. (2010). Demand Side Financing in Health: How far can it address the issue of low utilization in developing countries? *World Health Organization*, 27.
- Ho, M., Owusu, E., & Aoki, P. (2009). Claim Mobile: Engaging Conflicting Stakeholder Requirements in Healthcare in Uganda.
- IGES - Institute for Global Environmental Strategies. (2012). Welcome to the website of the Kenya Voucher Program - an Output Based Aid Initiative Retrieved 16/02/2012, from <http://www.output-based-aid.net/e108/>
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2009). Projecções de população residente: Portugal - 2008-2060 from www.ine.pt
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2011a). Censos 2011 - Resultados provisórios (freguesia), from <http://www.ine.pt>
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2011b). Médicos especialistas (N.º) por Local de residência e Especialidade médica, from <http://www.ine.pt>
- IPQ - Instituto Português da Qualidade. (2008). Norma NP EN ISO 9001:2008. *Sistemas de Gestão da Qualidade*.

- Janischa, C. P., Albrecht, M., Wolfschuetz, A., Kunduc, F., & Klein, S. (2010). Vouchers for health: A demand side output-based aid approach to reproductive health services in Kenya. *Global Public Health*, 5(6), 578-594.
- Johns, N., & Howard, A. (1998). Customer expectations versus perceptions of service performance in the foodservice industry. *International Journal of Service Industry Management*, 9(3), 248-265.
- Juan, E. J. (2005). *A Guide to Competitive Vouchers in Health: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank*.
- King, E., Rawlings, L., Gutierrez, M., Pardo, C., & Torres, C. (1997). Colombia's Targeted Education Voucher Program: Features, Coverage, and Participation. *Development Economics Research Group - The World Bank*(3).
- Krüger, V. (2001). Main schools of TQM: "the big five". *The TQM Magazine*, 13(3), 146 - 155.
- Kweku, M., Webster, J., Taylor, I., Burns, S., & Dedzo, M. (2007). Public-private delivery of insecticide-treated nets: a voucher scheme in Volta Region, Ghana. *Malaria Journal*, 6(14).
- Meyer, C., Bellows, N., Campbell, M., & Potts, M. (2011). The Impact of Vouchers on the Use and Quality of Health Goods and Services in Developing Countries. *Institute of Education*.
- Ministério da Saúde. (2007). Relatório do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 2007
<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/696707F2-5F29-474F-854C-CA02FAACD93E/0/i010042.pdf>
- Ministério da Saúde. (2008). Relatório do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral 2008
http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AE9185DB-4C15-406F-BD0A-FDEBF8AE3D1C/0/ProgramNacionalSaudeOral_Relatorio2008.pdf
- Moon, M., & Davis, K. (1995). Preserving And Strengthening Medicare. *Health Affairs*, 14(4), 31-46.
- OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). OECD Health Data 2011 - How Does Portugal Compare Retrieved 09/02/2012, from www.oecd.org/health/healthdata
- OMD - Ordem dos Médicos Dentistas. (2010a). Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*
- OMD - Ordem dos Médicos Dentistas. (2010b). Os Números da Ordem - Estatísticas de 2010, from <http://www.ombd.pt/numeros>
- Pinto, S. S. (2003). *Gestão dos Serviços - a Avaliação da Qualidade*. Lisboa: Verbo Editora.
- Pires, A. R. (2007). *Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Polónia, D., Oliveira, I., & Oliveira, J. (2004). *Business process model for public health information systems: a governmental perspective* Paper presented at the Proc. ICEIS 2004: Sixth International Conference on Enterprise Information Systems, Porto.
- RH Vouchers. (S/d). Evaluating reproductive health voucher programs globally Retrieved 08/02/2012, from <http://www.rhvouchers.org/rhv/>
- Rocha, J. A. O. (2006). *Gestão da Qualidade - Aplicação aos Serviços Públicos*. Lisboa: Escolar Editora.

- Ruyter, K. d., Bloemer, J., & Peeters, P. (1997). Merging service quality and service satisfaction - An empirical test of an integrative model. *Journal of Economic Psychology*, 18, 387-406.
- Schmidt, J.-O., Ensor, T., Hossain, A., & Khan, S. (2010). Vouchers as demand side financing instruments for health care: A review of the Bangladesh maternal voucher scheme. *Health Policy*, 96(2), 98-107.
- Silva, C., Saraiva, M., & Teixeira, A. (2010). *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Slesinger, D. P., & Ofstead, C. (1996). Using a Voucher System to Extend Health Services to Migrant Farmworkers. *Public Health Reports*, 3, 57-62.
- Sousa, A. M. G. (2008). *Financiamento público estudantil do ensino superior: uma análise comparativa dos casos do Brasil e de Portugal*. Retrieved from www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/.../GT05-5227-Int.pdf
- Teixeira, M. F. (2006). *Contributo da Auditoria Interna para uma Gestão Eficaz*. Universidade Aberta, Lisboa.
- Thakkar, J., Deshmukh, S. G., & Shastree, A. (2006). Total quality management (TQM) in self-financed technical institutions: A quality function deployment (QFD) and force field analysis approach. *Quality Assurance in Education*, 14(1), 54 – 74.
- Tribunal de Contas. (2009). Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Retrieved 18/01/2012, from <http://www.tcontas.pt/>
- Universidade de Aveiro. (2007). Sistema de Informação para o Novo Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Retrieved 28/02/2012, from http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1DB56FFD-265C-4947-9FB7-9846B5ABA262/0/PNPSO_RelTecnico_V10.pdf
- Warren, C., Abuya, T., Obare, F., Sunday, J., Njue, R., Askew, I., & Bellows, B. (2011). Evaluation of the impact of the voucher and accreditation approach on improving reproductive health behaviors and status in Kenya. *BMC Public Health*, 11(177).
- Wen, P., Tsai, S. P., & Chung, W.-S. I. (2008). A 10-Year Experience with Universal Health Insurance in Taiwan: Measuring Changes in Health and Health Disparity. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 258-267.
- Winters, M. A. (2011). The Promise of Special Education Vouchers. *National Affairs*, 146-161.
- Wynand, M., & René, A. (1995). Consumer information surplus and adverse selection in competitive health insurance markets: An empirical study. *Journal of Health Economics*, 14, 149-169.
- Yesilada, F., & Direktor, E. (2010). Health care service quality: a comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4(6), 962-971.

8. Anexos

Anexo 1 – Modelo de Processos PNPSO

Tabela 20 – Modelo de Processos – Macroprocesso Planear e Criar Programa

PDCA	Macroprocessos do PNPSO	Processos do PNPSO	Subprocessos do PNPSO	Atividades
Plan	1. Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	1.1.1-Estudos de Mercado e Análise de Feedbacks	1.1.1.1-Recolher de informações/documentação referentes a cuidados de SO 1.1.1.2-Estudar resultados dos anteriores programas de SO 1.1.1.3-Ouvir especialistas de SO 1.1.1.4-Identificar as principais necessidades do mercado
			1.1.2-Estabelecer população-alvo	1.1.2.1-Recolher informações do mercado 1.1.2.2-Analisar atratividade do mercado 1.1.2.3-Definir técnicas de segmentação do mercado 1.1.2.4-Determinar a população-alvo e as suas necessidades - Crianças e Jovens, Gravidas seguidas no SNS, Idosos beneficiários do complemento social para idosos, portadores de VIH.
			1.1.3-Estabelecer projetos	1.1.3.1-Estabelecer projetos de acordo com a população-alvo - SOSI; SOCJS; SOCJi; SOG; SOPI e SOHIV 1.1.3.2-Definir número máximo de cheques a atribuir a cada projeto
			1.1.4-Estabelecer objetivos e metas PNPSO	1.1.4.1-Planear e desenhar objectivos do PNPSO 1.1.4.2-Alinhar objetivos do PNPSO com a população-alvo e com os projetos abrangidos 1.1.4.3-Monitorizar o cumprimento (ou não) dos objetivos
		1.2-Definir Recursos	1.2.1-Definir recursos humanos	1.2.1.1-Identificar atores intervenientes do PNPSO - Ministério da Saúde, DGS, ARS, ACSS, Administrativos do CS, Segurança Social, prestadores de cuidados de SO e OM e OMD. 1.2.1.2-Definir funções atribuídas a cada ator do PNPSO 1.2.1.3-Identificar requisitos necessários para a adesão de médicos dentistas/estomatologistas
			1.2.2-Definir recursos materiais	1.2.2.1-Identificar critérios para creditação das instalações de prestação de cuidados de SO 1.2.2.2-Determinar princípios básicos de qualidade que os materiais específicos, utilizados durante os tratamentos dos utentes, deverão possuir
			1.2.3-Definir recursos financeiros	1.2.3.1-Identificar financiamento necessário para PNPSO 1.2.3.2-Definir financiamento a atribuir a cada projeto 1.2.3.3-Identificar responsáveis pelo pagamento dos cheques e das próteses dentárias 1.2.3.4-Formular valor monetário e forma de pagamento de cada cheque dentista 1.2.3.5-Definir forma de pagamento da prótese dentária
		1.3-Promoção e Marketing	1.3.1-Definir a política de distribuição dos cheques	1.3.1.1-Planear fases e critérios pelos quais os utentes terão de passar para obterem o cheque 1.3.1.2-Definir locais de distribuição do cheque – Centro de Saúde 1.3.1.3-Gerir acordos com os locais de prestação 1.3.1.4-Fornecer suporte físico e informático necessário aos locais de distribuição 1.3.1.4-Monitorizar desempenho dos locais e intervenientes na distribuição dos cheques
			1.3.2-Comunicar e Promover PNPSO	1.3.2.1-Criar Plano de Marketing 1.3.2.2-Seleccionar utentes-alvo 1.3.2.3-Desenvolver e gerir campanhas promocionais 1.3.2.4-Gerar procura e atrair utentes e profissionais de SO

Tabela 21 – Modelo de Processos – Macroprocesso Implementar e Gerir Programa

PDCA	Macroprocessos do PNPSO	Processos do PNPSO	Subprocessos do PNPSO	Atividades	
DO	2. Implementar e Gerir Programa	2.1- Gestão de Aderentes	2.1.1- Pedir adesão	<p>2.1.1.1-ARS abrem período de candidaturas</p> <p>2.1.1.2-Profissionais de saúde interessados preenchem formulário electrónico e aceitam as condições de adesão</p> <p>2.1.1.3-Médico dentista/ estomatologista envia documentação à ARS</p> <p>2.1.1.4-ARS verificam a documentação recebida</p> <p>2.1.1.5-Notificação do médico dentista/ estomatologista</p> <p>2.1.1.6-ARS validam ou rejeitam o novo pedido de adesão</p> <p>2.1.1.7-ACSS atribui ao médico dentista/ estomatologista credenciais de acesso ao SISO</p> <p>2.1.1.8-Médico dentista/ estomatologista recebe dados de acesso ao SISO</p> <p>2.1.1.9-Actualização da lista de médicos aderentes</p> <p>2.1.1.10-ARS fecham o período de adesão</p>	
			2.1.2-Cancelar adesão	<p>2.1.2.1-Pedido de cancelamento da adesão (por parte do próprio médico dentista/estomatologista ou então pela ARS)</p> <p>2.1.2.2-ARS efetua no SISO o pedido de cancelamento das credencias de acesso do profissional de saúde oral</p> <p>2.1.2.3-ACSS efetua o cancelamento das credenciais de acesso</p> <p>2.1.2.4-Notificação do médico dentista/ estomatologista</p> <p>2.1.2.5-Actualização da lista de médicos aderentes</p>	
		2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	2.2.1-Emitir 1ºCheque	<p>2.2.1.1-Utente comparece à consulta com o médico de família</p> <p>2.2.1.2-Médico de família procede à identificação do utente e à verificação da necessidade de tratamentos de SO</p> <p>2.2.1.3-Preenchimento por parte do médico de família da credencial de acesso do utente aos cuidados de SO</p> <p>2.2.1.4-Utente entregar credencial na secretaria do CS</p> <p>2.2.1.5-Administração do CS reconhece o utente no SNS</p> <p>2.2.1.6-Através do SISO é atribuído o 1º cheque</p> <p>2.2.1.7-Médico de família ou o administrativo do centro de saúde imprime o cheque dentista</p> <p>2.2.1.8-O 1º cheque é enviado pelo correio ou entregue pessoalmente ao seu beneficiário</p> <p>2.2.1.9-Utente recebe o 1º cheque dentista</p>	
			2.2.2-Emitir 2º/3º Cheque	<p>2.2.2.1-Médico dentista/estomatologista procede à identificação do utente no SNS, acedendo para o efeito ao RNU</p> <p>2.2.2.2-Solicitação do 2º/3º cheque por parte do médico dentista/estomatologista</p> <p>2.2.2.3-Utente desloca-se ao CS</p> <p>2.2.2.4-Através do SISO é atribuído o 2º/3º cheque</p> <p>2.2.2.5-Administrativo do CS recebe notificação e email com 2º/3º cheque</p> <p>2.2.2.6-Administrativo do CS imprime o 2º/3º cheque dentista</p> <p>2.2.2.7-O cheque é enviado pelo correio ou entregue pessoalmente ao seu beneficiário</p> <p>2.2.2.8-Utente recebe o 2º/3º cheque dentista</p>	
			2.2.3-Cancelar Cheque	<p>2.2.3.1-Cancelamento Voluntário: Utente pede cancelamento do cheque dirigindo-se ao administrativo do CS</p> <p>2.2.3.2-Cancelamento Automático: SISO verifica que a data de validade do cheque expirou ou os dados do utente se alteraram (através do RNU)</p> <p>2.2.3.3-SISO procede ao cancelamento do cheque</p>	
			2.3.1-Prestar cuidados SO	<p>2.3.1.1-Utente escolhe o prestador que pretende da lista de médicos aderentes e marca uma consulta</p> <p>2.3.1.2-Utente comparece à consulta e entrega o cheque dentista</p> <p>2.3.1.3-Médico dentista/estomatologista pesquisa o cheque no SISO</p> <p>2.3.1.4-Médico dentista/estomatologista procede à identificação do utente, do projeto no qual se insere e regista o diagnóstico e o plano de tratamento</p> <p>2.3.1.5-Médico dentista/estomatologista efetua o tratamento do utente.</p> <p>2.3.1.6-Médico dentista/estomatologista regista os tratamentos efetuados</p> <p>2.3.1.7-Médico dentista/estomatologista e beneficiário assinam o cheque dentista</p> <p>2.3.1.8-Caso seja necessário, o médico dentista/estomatologista informa o utente na necessidade de se estabelecer uma nova consulta</p>	
			2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentistas ou da próteses dentárias	2.4.1-Pagar cheques dentista	<p>2.4.1.1-Médico dentista/estomatologista consulta e imprime a lista dos cheques com pagamento pendente e emite fatura com o valor total</p> <p>2.4.1.2-Mais tarde, solicita o pagamento à ARS da sua respetiva região</p> <p>2.4.1.3-ARS consulta e imprime a lista dos pagamentos pendentes</p> <p>2.4.1.4-ARS verifica a veracidade da informação que lhe foi enviada pelo médico dentista/estomatologista</p> <p>2.4.1.5-ARS valida pagamento, confirmando os cheques pagos</p> <p>2.4.1.6-Médico dentista/estomatologista confirma os cheques que lhe foram pagos</p>
				2.4.2-Pagar próteses dentárias	<p>2.4.2.1-Solicitação do pagamento feita utente no CS a que pertence, mediante a apresentação da despesa com a prótese</p> <p>2.4.2.2-Administrativo do CS verifica documentação entregue pelo utente, registando o comprovativo da prótese</p> <p>2.4.2.3-CS comunica situação à ACSS, através do SISO</p> <p>2.4.2.4-ACSS consulta reembolsos pendentes e envia ordem de pagamento para a Segurança Social</p> <p>2.4.2.5-Segurança Social efetua o pagamento ao utente</p>

Tabela 22 – Modelo de Processos – Macroprocesso Monitorizar Programa

PDCA	Macroprocessos do PNPSO	Processos do PNPSO	Subprocessos do PNPSO	Atividades	
Check	3. Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	3.1.1-Gerir recursos humanos	3.1.1.1-Gerir os diversos atores intervenientes do PNPSO 3.1.1.2-Monitorizar desempenho de cada ator 3.1.1.3-Analisar relatórios e documentos entregues pelos intervenientes	
			3.1.2-Gerir recursos materiais	3.1.2.1-Analisar documentos referentes à creditação das instalações de prestação de cuidados de SO 3.1.2.2-Monitorizar qualidade dos materiais que foram utilizados durante os tratamentos dos utentes 3.1.2.3-Realizar possíveis deslocações às clínicas ou locais de prestação de cuidados de SO	
			3.1.3-Gerir recursos financeiros	3.1.3.1-Processar as transações financeiras 3.1.3.2-Reportar os resultados financeiros 3.1.3.3-Gerir a tesouraria 3.1.3.4-Elaborar informação contabilística e fiscal 3.1.3.5-Analisar financiamento atribuído ao PNPSO (por cada projeto) 3.1.3.6-Calcular e analisar financiamento utilizado para tratamento dos utentes 3.1.3.7-Calcular financiamento utilizado no pagamento dos cheques e das próteses (por projeto) 3.1.3.8-Identificar e compreender plafond não utilizado e suas possíveis razões 3.1.3.9-Gerir os responsáveis pelo pagamento dos cheques e das próteses dentárias	
			3.2-Gerir Informação	3.2.1-Recolha da informação	3.2.1.1-Recolher Informações
				3.2.2-Análise da informação	3.2.2.1-Tratar Informações (atendendo aos diversos atores envolvidos) 3.2.2.2-Validar Informações
				3.2.3-Controlo da informação	3.2.3.1-Identificar e reportar fraudes as entidades responsáveis 3.2.3.2-Validar e reconciliar fraudes
				3.2.4-Gerir SISO	3.2.4.1-Monitorizar, gerir e atualizar sistema de informação – responsabilidade da ACSS
			3.3-Gerir Inconformidades	3.3.1-Gestão de erros/problemas/reclamações	3.3.1.1-Verificar falha/problema/reclamação 3.3.1.2-Identificar e registar falha/problema/reclamação 3.3.1.3-Responsabilizar a resolução da falha/problema/reclamação 3.3.1.4-Investigar causa e capacidade de resolução da falha/problema/reclamação 3.3.1.5-Acompanhar e monitorizar falha/problema/reclamação 3.3.1.6-Resolver falha/problema/reclamação 3.3.1.7-Comunicar resolução da falha/problema/reclamação aos interessados
				3.4-Auditoria ao PNPSO	3.4.1-Planear Auditoria
		3.4.2-Preparar Auditoria			3.4.2.2-Preparação da auditoria através do planeamento e coordenação do trabalho de campo
		3.4.3-Executar Auditoria	3.4.3.3-Execução da auditoria		
		3.4.4-Relatar Auditoria	3.4.4.4-Relato da auditoria através da realização de relatórios por ACES		
		3.4.5-Seguimento Auditoria	3.4.5.5-Seguimento da auditoria através da elaboração de relatórios anuais por ARS		

Tabela 23 – Modelo de Processos – Macroprocesso Avaliar Programa

PDCA	Macroprocessos do PNPSO	Processos do PNPSO	Subprocessos do PNPSO	Atividades
Act	4.Avaliar Programa	<p>4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas</p> <p>4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO</p>	<p>4.1.1-Controlar não-conformidades</p> <p>4.1.2- Implementar ações corretivas e preventivas</p> <p>4.2.1-Avaliação técnico-científica do PNPSO</p> <p>4.2.2-Avaliação económica/financeira do PNPSO</p> <p>4.2.3-Avaliação sociodemográfica do PNPSO</p> <p>4.2.4-Avaliação da qualidade do PNPSO</p> <p>4.2.5-Análise crítica feita pela Gestão do PNPSO</p>	<p>4.1.1.1-Monitorizar PNPSO</p> <p>4.1.1.2-Monitorizar custos/usabilidade do programa vs. previsto</p> <p>4.1.1.3-Analisar programa</p> <p>4.1.1.4-Identificar possíveis melhorias</p> <p>4.1.1.5-Implementar melhorias</p> <p>4.1.2.1-Identificação de possíveis ações corretivas e preventivas</p> <p>4.1.2.2-Implementação de ações corretivas e preventivas</p> <p>4.2.5.1-Analisar resultados da auditoria, das ações implementadas e das avaliações ao PNPSO</p> <p>4.2.5.2-Analisar conformidade dos resultados com os objetivos inicialmente propostos</p> <p>4.2.5.3-Análise da satisfação dos utentes e dos diversos atores</p>

Anexo 2 – Tabelas referentes à descrição dos indicadores

Tabela 24 – Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão geral

Macroprocesso	Processo	Nome do Indicador	Tipo	Objetivo	Fórmula de Cálculo	Periodicidade de Medição/Extração	Âmbito Geográfico
1.Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	Total de informações uteis recolhidas sobre Saúde Oral/Total de informações obtidas	Coeficiente	Validar se as informações recolhidas foram suficientes e úteis para definir o plano estratégico do PNPSO	Dividir o nº de informações uteis recolhidas sobre SO pelo nº total de informações obtidas	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
1.Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	Nº de processos definidos para o PNPSO	Número absoluto	Definir objetivos e indicadores de medida do PNPSO	Somar o nº de processos que foram identificados	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
1.Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	Nº de grupos-alvo e de projetos definidos	Número absoluto	Segmentar e conhecer as necessidades da população-alvo, definindo, assim, os projetos mais adequados	Verificar nº de grupos-alvo e de projetos definidos	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
1.Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	Nº de Centros de Saúde envolvidos no PNPSO/Nº de Centros de Saúde existentes	Coeficiente	Validar a adesão dos centros de saúde existentes em Portugal Continental ao PNPSO	Dividir o nº de Centros de Saúde que estiveram envolvidos no PNPSO pelo nº de Centros de Saúde existentes em Portugal Continental	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional e por ARS
1.Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	% de concretização do plano inicial	Percentagem	Validar se os resultados obtidos estão a ir ao encontro com o plano estratégico definido inicialmente	Confrontar plano inicial com resultados atuais	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
1.Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	Análise do desvio dos resultados obtidos face a inicialmente planeados	Facto	Validar se o plano inicialmente definido está ou não a ser cumprido	Confrontar resultados obtidos face aos inicialmente planeados	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional

1. Planear e Criar Programa	1.2-Definir Recursos	Recursos humanos/intervenientes necessários para o PNPSO face aos disponíveis	Número absoluto	Identificar todos os intervenientes do PNPSO que serão necessários, face aos recursos existentes	Somar o nº de recursos humanos que foram definidos inicialmente	Após o planeamento e criação do PNPSO	Por ARS
1. Planear e Criar Programa	1.3-Promoção e Marketing	Duração das ações de promoção e marketing do PNPSO	Número absoluto	Validar a duração das ações promocionais do PNPSO	Subtrair a data de finalização e de início das campanhas de promoção e marketing	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Nº de candidaturas recebidas/ período de tempo disponível para candidaturas	Coeficiente	Conhecer qual o impacto que teve o PNPSO em termos de profissionais de SO aderentes	Dividir o nº de candidaturas recebidas pelo período de tempo disponível para esse efeito	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	% de cancelamento da adesão ao PNPSO (por parte dos prestadores) / nº total de adesões	Coeficiente	Verificar pedidos de cancelamento de adesão ao PNPSO, por parte dos próprios prestadores	Dividir o nº de pedidos de cancelamento da adesão ao PNPSO (por parte dos prestadores), pelo nº total de adesões	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	% de cancelamento da adesão ao PNPSO (por parte das ARS) / nº total de adesões	Coeficiente	Verificar pedidos de cancelamento de adesão ao PNPSO, por parte das ARS	Dividir o nº de pedidos de cancelamento da adesão ao PNPSO (por parte das ARS), pelo nº total de adesões	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Nº de rejeições por falta de licenciamento das instalações (clínicas) / Nº de pedidos de adesão	Coeficiente	Verificar o nº de casos referentes à rejeição dos pedidos de adesão por falta de licenciamento das instalações	Dividir o nº de rejeições por falta de licenciamento das instalações (clínicas) pelo nº de pedidos de adesão	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Nº de pedidos de esclarecimentos acerca do resultado da candidatura de adesão ao PNPSO/ Nº de candidaturas de adesão ao PNPSO	Coeficiente	Verificar existência e quantidade de esclarecimentos de dúvidas referentes a pedidos de adesão	Dividir o nº de pedidos de esclarecimentos acerca do resultado da candidatura de adesão ao PNPSO, pelo nº de candidaturas de adesão ao PNPSO	Após o fecho dos períodos de candidaturas e respetiva comunicação aos interessados	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Tempo médio despendido na análise da documentação	Número absoluto	Verificar tempo despendido na análise da documentação e tentar realiza-lo no menor tempo possível	Subtrair a data de finalização da análise da documentação e a data da sua receção	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS

2.Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Tempo decorrido entre o pedido de adesão até à receção das credenciais de acesso ao SISO	Número absoluto	Minimizar/Otimizar o tempo despendido desde o pedido de adesão até à receção das credenciais de acesso ao SISO	Subtrair o tempo decorrido desde o pedido de adesão efetuado até à receção das credenciais de acesso	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2.Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Nº de consultas realizadas entre utente e médico de família com o objetivo de obter o cheque dentista/Nº total consultas no SNS	Coeficiente	Perceber quantas consultas existiram entre utentes e médicos de família com o objetivo de obter cheques dentista	Dividir o nº de consultas realizadas entre utente e médico de família com o objetivo de obter o cheque dentista pelo nº total consultas no SNS	Anual (no final de cada ano)	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Tempo decorrido entre o pedido e a receção do 1ºcheque dentista	Número absoluto	Apurar tempo decorrido entre o pedido e a receção do cheque com o objetivo de assegurar uma correta e rápida emissão dos mesmos	Subtrair o tempo decorrido desde o pedido e a receção do 1ºcheque dentista	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Tempo decorrido entre o pedido e a receção do 2º/3º cheque dentista	Número absoluto	Apurar tempo decorrido entre o pedido e a receção do cheque com o objetivo de assegurar uma correta e rápida emissão dos mesmos	Subtrair o tempo decorrido desde o pedido e a receção do 2º/3º cheque dentista	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	% de cancelamento da emissão de cheques (voluntário ou automático)/Nº total de pedidos de emissão de cheques	Percentagem	Verificar a existência e o numero de pedidos de cancelamento de emissão de cheques e suas causas	Dividir pedidos de cancelamento de emissão de cheques pelo nº de pedidos de emissão de cheques	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Nº de utentes que usufruíram do(s) cheque(s) dentista	Número absoluto	Verificar quantos utentes utilizaram cheques dentistas	Somar nº utentes que utilizaram cheque(s) dentista	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Taxa de Utilização dos Cheques Emitidos - (Cheques Utilizados/Cheques Emitidos)	Taxa	Efetuar a comparação entre o nº de cheques que foram emitidos e o nº de cheques efetivamente utilizados	Dividir nº de cheques utilizados pelo nº de cheques emitidos	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	% de utentes que necessitaram de mais do que um cheque dentista/Nº total de utentes abrangidos pelo PNPSO	Percentagem	Analisar quantos utentes precisaram de mais que 1 cheque, apos a 1ª consulta	Dividir o nº de utentes que necessitaram de mais do que um cheque dentista pelo nº total de utentes abrangidos	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES

2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Percentagem de utentes que usufruíram de 1, 2 ou 3 cheques dentista	Percentagem	Verificar qual a percentagem de utentes que necessitaram de 1, 2 e 3 cheques por regiões e grupo-alvo	Somar o nº de utentes que necessitaram de 1, 2 e 3 cheques e dividir esses valores pelo nº total de utentes beneficiários do PNPSO	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Nº de utentes que deveriam ser atendidos por cada médico dentista ou médico estomatologista	Número absoluto	Calcular quantos utentes deveriam ser atendidos por cada médico dentista/estomatologista, para existir uma equidade no nº de utentes tratados por cada médico	Dividir o nº de utentes beneficiários pelo nº de médicos dentistas aderentes ao PNPSO	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional e por ARS
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Distribuição do nº de consultas ao longo do ano	Facto	Verificar se existem picos do nº de consultas recebidas pelos utentes beneficiários do PNPSO ao longo do ano.	Somar o nº de consultas realizadas em cada mês no âmbito do PNPSO	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
2.Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Tempo decorrido entre o pedido de pagamento do cheque e a sua liquidação	Número absoluto	Verificar o tempo decorrido entre o pedido de pagamento do cheque e a sua realização	Subtrair o tempo decorrido entre o pedido de pagamento do cheque e a sua liquidação	Semestral ou Anual	Por ARS
2.Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Tempo decorrido entre o pedido de pagamento da prótese e a sua liquidação	Número absoluto	Verificar o tempo decorrido entre o pedido de pagamento da prótese e a sua realização	Subtrair o tempo decorrido entre o pedido de pagamento da prótese e a sua liquidação	Semestral ou Anual	Por ARS
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Total de atores intervenientes	Número absoluto	Analisar número e funções dos recursos humanos envolvidos no PNPSO	Somar o nº de atores intervenientes	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Índice de desempenho dos recursos humanos	Índice	Avaliar o desempenho dos recursos humanos envolvidos no PNPSO	A ser identificada	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Nº de reclamações feitas por algum dos atores envolvidos no PNPSO	Número absoluto	Verificar reclamações existentes e suas possíveis causas	Somar o nº de reclamações feitas por algum dos atores envolvidos no PNPSO	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Nº de inconformidades detetadas na monitorização e controlo dos recursos materiais/instalações	Número absoluto	Monitorizar e Controlar os recursos materiais/instalações	Somar o nº de inconformidades detetadas na monitorização e controlo dos recursos materiais/instalações	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS

3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	Tempo médio de acesso à informação pretendida	Número absoluto	Verificar tempo médio despendido para aceder a informações pretendidas	Subtrair o tempo em que início a procura de informação pelo momento em que a encontro	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	Nº de registos perdidos/Nº total de registos	Coeficiente	Verificar a existência de possíveis registos perdidos de entre o total de registos	Dividir o nº de registos perdidos pelo nº total de registos	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	Nº de reclamações por falta de documentação	Número absoluto	Identificação do número de reclamações e quais as suas causas	Somar nº de reclamações por falta de documentação	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	% de utilização de documentos (informações) errados/Total de documentos (informações)	Coeficiente	Verificação da utilização de informações erradas	Dividir nº de utilizações de documentos (informações) errados pelo nº total de acesso aos documentos (informações)	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	Quantidade de informação recebida e enviada	Facto	Verificar e analisar quantidade de informação recebida e enviada	A ser identificada	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	% de documentação que necessita de atualização/Total de documentação (informações)	Coeficiente	Identificar o total de documentações que necessitam ser atualizadas	Dividir nº de documentação que necessita de atualização pelo total de documentação (informações)	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	% de informação útil/Informação Total	Coeficiente	Verificar quantidade de informação útil face à total	Dividir nº de informação útil pela quantidade de Informação Total	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.2-Gerir Informação	% de informação obsoleta/Informação Total	Coeficiente	Verificar quantidade de informação obsoleta face à total	Dividir nº de informação obsoleta pela quantidade de Informação Total	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.3-Gerir Inconformidades	Nº de erros resolvidos/Nº de erros ou problemas detetados	Coeficiente	Verificar quantos erros foram corrigidos dos que foram identificados	Dividir o nº de erros resolvidos pelo nº de erros detetados	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.3-Gerir Inconformidades	Nº de reclamações solucionadas/Nº de reclamações recebidas	Coeficiente	Verificar quantas das reclamações identificadas foram solucionadas	Dividir o nº de reclamações solucionadas pelo nº de reclamações recebidas	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.3-Gerir Inconformidades	Nº de erros/falhas ou reclamações com reincidência	Número absoluto	Identificar, analisar e eliminar possíveis erros/fraudes	Somar o nº de erros/falhas ou reclamações com reincidência	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.3-Gerir Inconformidades	Nº de reclamações	Número absoluto	Identificar a existência e a quantidade de reclamações existentes	Somar o nº de reclamações	Semestral ou Anual	Nível Nacional

3.Monitorizar Programa	3.3-Gerir Inconformidades	Tempo médio de tratamento das reclamações	Número absoluto	Apurar qual o tempo médio despendido no tratamento das reclamações feitas pelos utentes, prestadores ou outros	Efetuar a média entre a deteção e o tratamento das reclamações	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.4-Auditoria ao PNPSO	Frequência com que o programa é auditado	Índice	Verificação da calendarização referente à realização de auditorias	Calcular nº de vezes que o PNPSO é auditado num determinado período de tempo	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.4-Auditoria ao PNPSO	Nº de Inconformidades detetadas por ciclo de auditoria	Número absoluto	Verificar a existência de inconformidades referentes ao PNPSO	Somar o nº de inconformidades detetadas, em cada auditoria	Após realização da auditoria	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.4-Auditoria ao PNPSO	% de desvio entre os resultados da auditoria e os objetivos inicialmente definidos	Percentagem	Confrontar resultados obtidos com a auditoria face aos objetivos iniciais	Confrontar os resultados da auditoria e os objetivos inicialmente definidos	Após realização da auditoria	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	Nº de não-conformidades e sua classificação	Número absoluto	Identificar possíveis não-conformidades e suas causas	Identificar e classificar não conformidades	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	Nº de não-conformidades corrigidas	Número absoluto	Verificar de entre as não-conformidades encontradas quais as que foram corrigidas	Somar o nº de não-conformidades corrigidas	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	Tempo médio de deteção de não-conformidades	Número absoluto	Determinar tempo médio decorrido para a deteção de não-conformidades	Subtrair tempo decorrido desde que aconteceu a não-conformidade até à sua deteção	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	Tempo médio de correção de não-conformidades	Número absoluto	Determinar tempo médio decorrido para a correção de não-conformidades	Subtrair tempo decorrido desde que foi detetada a não-conformidade até à sua correção	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional

Tabela 25 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão sociodemográfica

Macroprocesso	Processo	Nome do Indicador	Tipo	Objetivo	Fórmula de Cálculo	Periodicidade de Medição/Extração	Âmbito Geográfico
1. Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	% População coberta como população-alvo	Porcentagem	Identificar a taxa de cobertura da população como população-alvo	Dividir população alvo abrangida pela população total	Após o planeamento e criação do PNPSO	Por ARS
1. Planear e Criar Programa	1.3-Promoção e Marketing	Índice de notoriedade do PNPSO junto da população-alvo	Índice	Validar a notoriedade do programa junto da população-alvo	Dividir nº de população-alvo que conhece o programa pelo nº de indivíduos pertencentes à população-alvo	Após o planeamento e criação do PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Nº de médicos aderentes (estomatologistas e dentistas contratualizados) por região	Número absoluto	Conhecer qual o impacto que teve o PNPSO em termos de adesões por parte dos profissionais	Somar o nº de médicos que obtiveram resultado afirmativo ao seu pedido de adesão ao PNPSO e subdividir esse nº por regiões	Após conclusão de processo de candidaturas de adesão ao PNPSO, realizados com periodicidade arbitrária	Por morada indicada por ARS e/ou por morada indicada por ACES
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	(Nº de dentistas/estomatologistas aderentes) /(Nº dentistas/estomatologistas inscritos na OM e na OMD(com morada registada na ARS))	Coeficiente	Perceber qual a aderência dos médicos dentistas/estomatologistas face aos inscritos nas respetivas ordens, com base na morada	Dividir o nº de dentistas/estomatologistas aderentes pelo nº de dentistas/estomatologistas inscritos nas OM e OMD por morada e subdividir por ARS e/ou ACES	A ser revisto sempre que sejam concluídos os períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por morada indicada por ARS e/ou por morada indicada por ACES
2. Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Nº de cheques emitidos por ARS/ACES	Número absoluto	Verificar nº de cheques emitidos	Somar o nº de cheques que foram emitidos através do SISO e subdividir esse nº pelas respetivas regiões	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2. Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Nº de cheques emitidos/Total de população residente (por região e por grupos etários)	Coeficiente	Verificar de entre a população existente, em determinada região, quanta teve acesso aos cheques	Dividir o nº de cheques emitidos (para determinada região e grupo etário) pela população residente nessa mesma região e pertencente a esse grupo etário	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES

2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Nº de cheques utilizados por ARS/ACES	Número absoluto	Verificar nº de cheques utilizados	Somar o nº de cheques que foram utilizados pelos utentes e subdividir esse nº pelas respetivas regiões	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Número e média de consultas realizadas por grupo-alvo e respetivas cohorts	Número absoluto	Verificar o número e a média de consultas realizadas por grupo-alvo e respetivas cohorts	Efetuar a soma e a média do nº de consulta utilizadas por cada grupo-alvo	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Taxa de cobertura por grupo-alvo e por regiões (ARS)	Taxa	Avaliação da universalidade e equidade no acesso, de todos os utentes, aos cheques dentista	Confrontar o nº de cheques distribuídos para determinado grupo-alvo e região com a população pertencente a esse grupo e região	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES

Tabela 26 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão técnica

Macroprocesso	Processo	Nome do Indicador	Tipo	Objetivo	Fórmula de Cálculo	Periodicidade de Medição/Extração	Âmbito Geográfico
1. Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	Crterios de desempenho dos mdicos dentistas/estomatologistas associados ao PNPSO	Facto	Definir crterios para poder avaliar o desempenho dos mdicos dentistas/estomatologistas aderentes ao PNPSO	Identificar crterios tericos de avaliao de desempenho	Apds o planeamento e criao do PNPSO	Nvel Nacional
1. Planear e Criar Programa	1.2-Definir Recursos	Normas que as instalaes e os utenslios de SO devem cumprir	Facto	Identificar crterios para acreditao das instalaes e dos materiais utilizados pelos mdicos dentistas/estomatologistas	A ser identificada	Apds o planeamento e criao do PNPSO	Nvel Nacional
2. Implementar e Gerir Programa	2.3-Gesto da prestao de cuidados SO	Tratamentos Efetuados	Facto	Verificar os tratamentos mais frequentemente realizados aos utentes	Analisar quais os tratamentos realizados mais frequentemente aos utentes beneficirios dos cheques	Apds o utente tem usufruido dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.3-Gesto da prestao de cuidados SO	% sucesso dos tratamentos/Tratamentos Efetuados	Coeficiente	Verificar a eficcia dos tratamentos realizados	Dividir o n de tratamentos que decorreram com sucesso, pelo n total de tratamentos	Apds o utente tem usufruido dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS e por ACES
2. Implementar e Gerir Programa	2.3-Gesto da prestao de cuidados SO	N de dentes Cariados (Inicio e Fim da utilizao dos Cheques)	Nmero absoluto	Verificar a evoluo do nmero de dentes cariados nos utentes beneficirios dos cheques dentistas	Subtrair o n de dentes cariados no inicio e no fim da utilizao do cheque dentista	Apds o utente tem usufruido dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS e por ACES
2. Implementar e Gerir Programa	2.3-Gesto da prestao de cuidados SO	N de dentes Perdidos (Inicio e Fim da utilizao dos Cheques)	Nmero absoluto	Verificar a evoluo do nmero de dentes perdidos nos utentes beneficirios dos cheques dentistas	Subtrair o n de dentes perdidos no inicio e no fim da utilizao do cheque dentista	Apds o utente tem usufruido dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS e por ACES

2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Nº dentes Obturados (Inicio e Fim da utilização dos Cheques)	Número absoluto	Verificar a evolução do número de dentes obturados nos utentes beneficiários dos cheques dentistas	Subtrair o nº de dentes obturados no inicio e no fim da utilização do cheque dentista	Após o utente tem usufruído dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Nº dentes Selados (Inicio e Fim da utilização dos Cheques)	Número absoluto	Verificar a evolução do número de dentes selados nos utentes beneficiários dos cheques dentistas	Subtrair o nº de dentes selados no inicio e no fim da utilização do cheque dentista	Após o utente tem usufruído dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	% de complicações depois do tratamento ser efetuado	Porcentagem	Verificar a possibilidade de existência de complicações no utente depois dos tratamentos recebidos	A ser identificada	Após o utente tem usufruído dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS e por ACES
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Tipo de doenças mais frequentes e em que zonas se verificam com maior frequência	Facto	Analisar quais as doenças dos (dentes ou da boca) mais frequentes e em que zonas se verificam	Através dos diagnósticos iniciais feitos aos utentes verificar quais as doenças da boca e dos dentes mais frequentes e por regiões	Após o utente tem usufruído dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Duração média dos tratamentos por grupo-alvo (Inicio e Fim do Tratamento)	Número absoluto	Verificar qual a duração médica de cada tratamento	Efetuar a média entre o inicio e a finalização dos tratamentos prestados aos utentes, no âmbito do PNPSO	Após o utente tem usufruído dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Nº médio de consultas recebidas pelos utentes em determinado período temporal	Número absoluto	Verificar, em determinado período temporal, nº médio de consultas recebidas por cada utente	Calcular a média do nº de consultas recebidas pelos utentes	Após o utente tem usufruído dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS
2.Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Comparação entre diagnósticos e tratamentos efetuados	Facto	Análise da discrepância entre os diagnósticos e os tratamentos efetuados	Confrontar teoricamente os diagnósticos definidos inicialmente com os tratamentos que os utentes receberam	Após o utente tem usufruído dos tratamentos que necessitava ou que tinha direito	Por ARS

Tabela 27 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão financeira

Macroprocesso	Processo	Nome do Indicador	Tipo	Objetivo	Fórmula de Cálculo	Periodicidade de Medição/Extração	Âmbito Geográfico
1. Planear e Criar Programa	1.1-Elaborar PNPSO	Desvio face ao orçamento inicial	Facto	Calcular desvio financeiro do PNPSO face ao orçamentado inicialmente	Confrontar orçamento do PNPSO com orçamento inicial	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
1. Planear e Criar Programa	1.2-Definir Recursos	Valor monetário atribuído a cada cheque	Número absoluto	Definir o valor monetário de cada cheque e que será reembolsado aos prestadores durante a vigência do acordo	Consultar valor monetário final atribuído a cada cheque dentista (Valor atribuído com base em negociação com OMD e OM, estimando o trabalho a ser realizado e os materiais a utilizar)	Após o planeamento e criação do PNPSO, e revisto anualmente entre as partes (DGS, OMD e OM)	Nível Nacional
1. Planear e Criar Programa	1.2-Definir Recursos	Financiamento disponibilizado (por projeto)	Número absoluto	Definir qual o orçamento que será atribuído a cada projeto	Calcular o total de financiamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o PNPSO e subdividir esse valor pelos projetos existentes	Após o planeamento e criação do PNPSO	Por ARS e por projeto
1. Planear e Criar Programa	1.2-Definir Recursos	Grau de satisfação dos diversos atores intervenientes no PNPSO	Facto	Monitorizar a satisfação de todos os recursos humanos envolvidos no PNPSO	A ser identificada	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
1. Planear e Criar Programa	1.3-Promoção e Marketing	Investimento em campanhas promocionais	Número absoluto	Calcular e analisar o valor despendido nas campanhas promocionais	Somar todos os investimentos referentes a campanhas promocionais	Após o planeamento e criação do PNPSO	Nível Nacional
2. Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Total de financiamento obtido pelas ARS	Número absoluto	Apurar e refletir sobre o financiamento dado a cada ARS	Somar financiamento recebido pelas ARS, no âmbito do PNPSO	Semestral ou Anual	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Financiamento despendido pelas ARS/Financiamento Obtido	Coeficiente	Perceber quanto foi utilizado, em termos monetários, pelas ARS do financiamento que lhe tinha sido atribuído	Dividir o total de financiamento despendido pelas ARS pelo financiamento obtido	Semestral ou Anual	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Valor monetário de cheques pagos	Número absoluto	Apurar o valor monetário total utilizado no pagamento dos cheques dentista	Somar os investimentos efetuados no pagamento dos cheques dentistas, multiplicando o valor de cada cheque pelo nº de cheques utilizados	Semestral ou Anual	Por ARS

2.Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Valor monetário das próteses dentárias reembolsadas	Número absoluto	Apurar o valor monetário total utilizado no pagamento das próteses dentárias	Somar os investimentos efetuados no pagamento das próteses dentárias	Semestral ou Anual	Por ACES
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Financiamento utilizado/Financiamento atribuído (por projetos)	Coefficiente	Perceber quanto foi utilizado, em termos monetários, para cada projeto, do financiamento que lhe tinha sido atribuído	Dividir o total de financiamento utilizado, em cada projeto, pelo financiamento obtido	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Plafon disponível (Financiamento obtido - Financiamento utilizado)	Número absoluto	Apurar o financiamento que não foi utilizado e quais as razões para que isso se verificasse	Efetuar a subtração entre o financiamento obtido e o financiamento utilizado	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	% de desvio em termos financeiros relativamente ao orçamentado inicialmente	Percentagem	Confrontar metas financeiras definidas inicialmente com os valores efetivamente despendidos	Confrontar valores de financiamento pensados inicialmente, com os valores efetivamente despendidos (valores despendidos/valores definidos)	Semestral ou Anual	Nível Nacional e por ARS
4.Avaliar Programa	4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO	Total de financiamento do PNPSO	Número absoluto	Perceber a totalidade dos gastos com o PNPSO e verificar quanto foi utilizado no pagamento de publicidade, manutenção do SISO e outros e quanto foi distribuído às ARS.	Somar a totalidade de gastos com o PNPSO e subdividi-los pela finalidade que tiveram.	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO	% de desvios em termos monetários do PNPSO relativamente ao orçamentado	Percentagem	Confrontar metas financeiras definidas inicialmente com os valores efetivamente despendidos	Confrontar valores de financiamento orçamentados inicialmente, com os valores efetivamente investidos (valores despendidos/valores definidos)	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional

Tabela 28 - Descrição dos indicadores pertencentes à dimensão da qualidade

Macroprocesso	Processo	Nome do Indicador	Tipo	Objetivo	Fórmula de Cálculo	Periodicidade de Medição/Extração	Âmbito Geográfico
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Nº erros detetados durante o processo de candidaturas /Nº total de candidaturas	Coeficiente	Realizar a deteção de possíveis erros, objetivando uma correta análise de todas as candidaturas	Dividir o nº de erros detetados durante o processo de candidaturas, pelo nº total de candidaturas	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	Nº de reclamações por parte dos candidatos/ Nº de candidaturas de adesão ao PNPSO	Coeficiente	Verificar e gerir da melhor forma possíveis reclamações ou pedidos de esclarecimentos	Dividir o nº de reclamações existentes pelo nº total de candidaturas	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.1-Gestão de Aderentes ao PNPSO	% de erros relacionados com atribuição de credenciais do SISO	Porcentagem	Verificar e tentar evitar a ocorrência de erros durante o processo de atribuição de credenciais	Somar o nº de erros ocorridos durante o processo de atribuição de credenciais	Sempre que existam períodos de candidaturas de adesão ao PNPSO	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Nº de erros ocorridos durante a identificação dos utentes e a emissão dos cheques	Número absoluto	Assegurar uma correta e rápida emissão dos cheques dentistas, evitando a ocorrência de erros	Somar o nº de erros ocorridos durante a identificação dos utentes e a emissão dos cheques	Semestral ou Anual	Por ARS e por ACES
2. Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	Nº de reclamações recebidas por parte dos utentes/Utentes abrangidos	Coeficiente	Analisar quantidade de reclamações existentes e possíveis formas de as eliminar	Dividir o nº de reclamações feitas pelos utentes pelo nº total de utentes abrangidos	Semestral ou Anual	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.2-Gestão do ciclo de vida do(s) cheque(s)	% de erros relacionados com o SISO	Porcentagem	Verificar e tentar evitar a ocorrência de erros durante o ciclo de vida dos cheques dentista	Somar o nº de erros ocorridos durante o ciclo de vida dos cheques	Semestral ou Anual	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Nº de reclamações efetuadas pelos utentes/Utentes abrangidos	Coeficiente	Analisar quantidade de reclamações existentes e possíveis formas de as eliminar	Dividir o nº de reclamações feitas pelos utentes pelo nº total de utentes abrangidos	Anual (no final de cada ano)	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.3-Gestão da prestação de cuidados SO	Grau de satisfação dos beneficiários dos cheques dentistas	Facto	Conduzir à satisfação dos beneficiários dos cheques	A ser identificada	Anual (no final de cada ano)	Por ARS
2. Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Nº erros ocorridos no pagamento dos cheques e das próteses	Número absoluto	Controlar e evitar a ocorrência de erros no pagamento dos cheques e das próteses	Somar o nº de erros ocorridos durante o processo de pagamento	Semestral ou Anual	Nível Nacional e Por ARS

2.Implementar e Gerir Programa	2.4-Gestão do pagamento dos cheques dentista ou das próteses dentárias	Nº de reclamações efetuadas quer pelos utentes quer pelos prestadores / Total de pedidos de pagamento	Coeficiente	Analisar quantidade de reclamações existentes, referentes a pedidos e pagamentos, e possíveis formas de as eliminar	Dividir o nº de reclamações feitas pelos utentes ou pelos prestadores pelo nº total de pedidos de pagamentos de cheques ou próteses	Semestral ou Anual	Nível Nacional e Por ARS
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Proporção de prestadores satisfeitos com a adesão ao PNPSO	Facto	Avaliar a satisfação dos recursos humanos envolvidos no PNPSO	Dividir o nº de prestadores satisfeitos pelo nº de prestadores aderentes ao PNPSO	Semestral ou Anual	Nível Nacional
3.Monitorizar Programa	3.1-Gerir Recursos	Índice de satisfação dos atores intervenientes	Índice	Avaliar a satisfação dos recursos humanos envolvidos no PNPSO	A ser identificada	Semestral ou Anual	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	% eficácia das ações de correção	Percentagem	Determinar, implementar e medir resultados das ações corretivas	Dividir nº de ações corretivas que tiveram sucesso pelo nº de ações corretivas definidas	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.1-Controlar não-conformidades e definir ações corretivas e preventivas	% eficácia das ações de prevenção	Percentagem	Determinar, implementar e medir resultados das ações preventivas	Dividir nº de ações preventivas que tiveram sucesso pelo nº de de ações preventivas definidas	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO	%de desvio do PNPSO relativamente ao planeado	Percentagem	Medir, monitorizar e comparar os resultados obtidos com os esperados	Comparar teoricamente objetivos e metas inicialmente definidas com os resultados obtidos	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO	Taxa de cumprimento do plano estratégico inicialmente definido	Taxa	Rever e avaliar o plano estratégico inicialmente definido	Comparar plano estratégico definido inicialmente com os resultados obtidos	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO	Satisfação geral de todos os atores do PNPSO	Facto	Avaliar grau de satisfação de todos os intervenientes no PNPSO	A ser identificada	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional
4.Avaliar Programa	4.2-Avaliar e analisar resultados do PNPSO	Eficácia e Eficiência do PNPSO	Facto	Realizar uma avaliação final ao PNPSO, em termos de eficácia e eficiência	Somar o nº de recursos humanos, materiais e financeiros despendidos	Anual (no final de cada ano)	Nível Nacional