

## **Que tal falar de Saúde?**

*Miguel Paiva*

## **Que gestão e futuro para a Saúde?**

*Miguel Guimarães*

## **Desafios e respostas na gestão do capital humano no sector da Saúde: A necessidade de um “extreme makeover”**

*Luís Monteiro*

## **O papel actual do sector social na Saúde: Alguns aspectos da História das Misericórdias, o seu presente e perspectivas futuras**

*Miguel Sousa Neves*

## **Crianças no ensino básico “trabalham” 70 horas por semana**

*Antonieta Guerreiro*



# Sumário

- 2 Estatuto Editorial
- 3 Editorial  
*Miguel Sousa Neves*
- 4 Que tal falar de Saúde?  
*Miguel Paiva*
- 6 Que gestão e futuro para a Saúde?  
*Miguel Guimarães*
- 8 Desafios e respostas na gestão do capital humano no sector da Saúde: A necessidade de um “extreme makeover”  
*Luís Monteiro*
- 12 O papel actual do sector social na Saúde: Alguns aspectos da História das Misericórdias, o seu presente e perspectivas futuras  
*Miguel Sousa Neves*
- 16 Crianças no ensino básico “trabalham” 70 horas por semana  
*Antonieta Guerreiro*
- 17 Sugestões de sites
- 18 Developing a vision for your practice  
*Colin Kerr*
- 20 Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde



## FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE  
GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais  
de saúde • N.º4 • Junho 2011

DIRECTOR  
Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO  
Marinha Abreu

REDACÇÃO, DESIGN E PRODUÇÃO  
VFBM Comunicação, Lda.

PROPRIEDADE:  
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde  
Avenida Cidade de Montgeron, 212  
4490-402 Póvoa de Varzim  
E-mail: [info@spgsaude.pt](mailto:info@spgsaude.pt)  
Site: [www.spgsaude.pt](http://www.spgsaude.pt)

DEPÓSITO LEGAL:  
239095/06

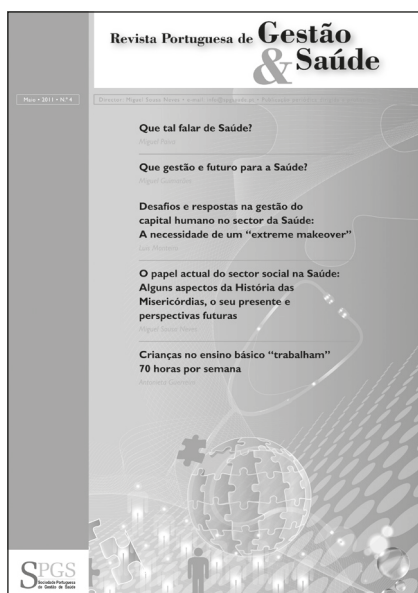
REGISTO ICS:  
Exclusão de registo prevista no art.º 12,  
alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

PERIODICIDADE:  
Quadrimestral

PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO:  
NVV - Novos Suportes Publicitários, Lda.

TIRAGEM:  
2.500 exemplares

## Estatuto Editorial



A *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde* (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objectivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no sector da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a directores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A RPGS orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A RPGS é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A RPGS reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como liame de existência a sua credibilidade pública. A RPGS adopta como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela actualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colaboradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

- i) Os conhecimentos e os valores do grande público reflectem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
- ii) A gestão eficiente e eficaz do sector da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
- iii) Os *mass media* constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
- iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redacção da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade. Através da RPGS, procurar-se-á ainda manter o leitor actualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto directo na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

## Editorial



**Miguel Sousa Neves**  
msn@net.sapo.pt

## Recomeçando...

Caros colegas,

Estamos num momento de recriação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) após um período lamentável de estagnação que durou 3 anos.

Gostaria de lembrar que a SPGS foi criada por iniciativa de um grupo de médicos com formação específica em Gestão de Unidades de Saúde que sentiam que os médicos e outros profissionais de saúde deveriam assumir um papel de liderança no processo de gestão de saúde em Portugal.

A SPGS foi registada em cartório a 19 de Maio de 2004, tendo a sua constituição publicada em Diário da República de 19 de Agosto de 2004, série III.

A primeira Assembleia-geral decorreu a 17 de Julho de 2004 no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos. Contou com a presença do senhor Bastonário e do senhor Presidente da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos e teve o apoio expresso dos presidentes das Secções Regionais da Ordem e de 128 associados fundadores. Foi na altura eleita uma lista por decisão unânime dessa Assembleia tendo como Presidente da Direcção eu próprio, Presidente da Mesa da Assembleia-geral o Professor Dr. Rui Moreno e Presidente do Conselho Fiscal o Professor Dr. João Westwood (que veio a falecer subitamente a 18 de Fevereiro de 2005).

Durante três anos a Sociedade Portuguesa

de Gestão de Saúde teve inúmeras actividades sendo de destacar:

1. A *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde* que chega a todos os nossos associados e a instituições e personalidades relevantes da Saúde e da Política;
2. Reuniões e simpósios em áreas como gestão do risco clínico, modelos de governação clínica, avaliação do Sistema Nacional de Saúde;
3. Reuniões com governantes e representantes políticos na área da saúde;
4. Site [www.spgsaude.pt](http://www.spgsaude.pt) que serviu de veículo de notícias sobre a gestão de saúde em Portugal;
5. Parcerias com a Ordem dos Médicos, ISCTE e outras entidades que trabalham na área específica do nosso interesse.

Em 2007, e por sentir que já tinha criado as estruturas necessárias para a sustentação de uma Associação que se pretendia dinâmica e envolvente em todos os sectores da Saúde no nosso país, entendi por bem apresentar a minha demissão ao Presidente da Mesa da Assembleia-Geral, Dr. João Bispo, o qual tinha projectos e ideias interessantes para a SPGS, nomeadamente a ligação da nossa sociedade a uma congénere brasileira. Infelizmente e por variadas razões que para mim são, no mínimo, ambíguas, a SPGS parou completamente no tempo.

Em Agosto do ano passado contactei o colega Dr. João Bispo que me confirmou que

a SPGS tinha deixado de ter qualquer actividade. Perguntei-lhe o que ele achava de eu reactivar a nossa Sociedade porque me custava imenso que algo que tinha nascido de uma forma tão interessante e relevante para a gestão da Saúde em Portugal estivesse moribunda e sem qualquer relevância para os objectivos a que se propôs.

Desde aí encetei inúmeros contactos para que a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde pudesse ser reactivada tendo culminado com uma Assembleia-geral Extraordinária no passado dia 6 de Março onde me foi formalmente pedido que reassumisse as funções de Presidente da Direcção.

Nesta Assembleia-geral foi também deliberada uma alteração estatutária que abre a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde a todos aqueles que directa ou indirectamente trabalham na área da saúde em Portugal (ver estatutos da SPGS em [www.spgsaude.pt](http://www.spgsaude.pt)).

Sendo assim, caros colegas, aqui estou novamente nesta missão de serviço, esperando poder relançar a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde ao nível a que se tinha guindado de 2004 a 2007.

Espero poder contar com todos vós e os primeiros passos foram a reactivação do site e a publicação da nossa Revista.

Um abraço amigo,  
*Miguel Sousa Neves*

# Que tal falar de Saúde?

Miguel Paiva **Autor** Economista

**H**á um país que consome em saúde um volume de recursos equivalente a 9,4% de toda a riqueza lá produzida<sup>1</sup>. Tendo havido uma evolução positiva em grande parte dos indicadores de saúde da população desse país, ainda persistem situações merecedoras de preocupação, especialmente nas doenças infectocontagiosas (VIH, hepatite, tuberculose), oncológicas ou nas chamadas doenças da civilização (obesidade, doenças cardiovasculares, consumo de tabaco e álcool ou diabetes). Para além disso, esse país tem ainda problemas no acesso a cuidados de saúde, de que a falta de médicos de família para cerca de meio milhão de cidadãos (5% da população) é apenas um exemplo de entre outros que poderiam ser citados.

Abreviando a descrição do panorama geral, importa referir que o Tribunal de Contas desse país tem produzido vários relatórios sobre o desempenho do seu Serviço Nacional de Saúde, identificando um desperdício de recursos na ordem dos 25%. Todo este quadro ganha contornos preocupantes quando se acrescenta que o país vive uma profunda crise económico-financeira, com crescimentos económicos endémicos nos últimos 10 anos, uma dívida pública que já supera 100% do PIB e um gigantesco défice do Orçamento de Estado.

Bom, já se percebeu que o país de que se falava atrás se chama Portugal e, porque é nele que nascemos e vivemos, é aquele que, enquanto cidadãos activos, conscientes e patriotas, temos a obrigação de ajudar a desenvolver e a prosperar.

É sabido que, fruto de um conjunto de circunstâncias políticas, se está à porta de eleições legislativas que irão eleger um Parlamento do qual brotará o Governo que nos irá liderar nos próximos quatro anos. À partida, este seria um excelente momento para discutirmos com profundidade as soluções que nos apontam para o futuro. Durante a campanha eleitoral tem-se fala-

do bastante de assuntos relacionados com a Saúde o que, face à breve descrição do panorama do sector acima feita, se compreende com facilidade. Sendo por isso normal que se fale tanto da saúde, seria bom que a discussão assentasse em princípios de racionalidade, de verdade e de responsabilidade.

Infelizmente, nem sempre assim tem acontecido. Alguns actores políticos preferem abordar diversas matérias com base em dogmas ideológicos ou destacando casos isolados e desenquadrados de um âmbito geral de análise, fugindo assim da discussão profunda que o assunto merece. Vejamos três exemplos do que tem acontecido e que consideramos serem perturbadores de uma discussão profícua:

## SERVIÇOS PÚBLICOS VS SERVIÇOS PRIVADOS

Grande parte dos debates têm sido enfocados em torno da questão de saber se deveremos assegurar a prestação dos serviços de saúde à população através de prestadores públicos ou de prestadores privados. Salvo o devido respeito por quem enfatiza esta forma de olhar para o problema, parece ser evidente que, para os cidadãos que pagam impostos e que, conhecendo aquilo que a Constituição da República determina, o que é verdadeiramente importante é que lhes seja garantido o acesso a serviços de saúde e que esse acesso lhes seja assegurado de forma tendencialmente gratuita. A questão de saber se, para o conseguirem, entram na porta de uma unidade que presta contas pela sua gestão ao Sr. Ministro da Saúde, à Mesa da Santa Casa da Misericórdia X ou à Administração da empresa Y é absolutamente irrelevante. Acima de tudo, o que deveria preocupar o Estado eram apenas duas coisas. A primeira era definir a solução organizativa para o Serviço Nacional de Saúde que garanta que os cidadãos do país têm acesso a serviços

de saúde de qualidade em tempo útil e aos menores custos possíveis, maximizando assim a utilidade dos recursos disponíveis. A segunda era a de regular a actuação de todas as entidades prestadoras garantindo que cumpram as suas obrigações e intervindo de forma vigorosa sempre que isso não acontecesse.

## PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

Estando o país a confrontar-se com um grave problema de finanças públicas que, entre outras causas, deve muito à concretização nos últimos anos de um inusitado volume de contratos de parceria público-privada na área das infra-estruturas rodoviárias, o qual asfixia os actuais e futuros Orçamentos de Estado, criou-se um clima de demonização desta solução de investimento que assume proporções irracionais. Havendo alguns casos de parceria público-privado na área da Saúde, seria justo considerar que casos como aqueles que constavam do programa de substituição de velhas unidades hospitalares por novas é bem diferente de uma parceria público-privada para a construção de uma nova estrada ou mesmo de um novo hospital. No primeiro caso estamos a falar de substituir um gasto em que o Estado já está a incorrer pela manutenção em funcionamento de uma unidade prestadora existente por outra nova. No segundo caso estamos a falar da criação de um gasto adicional que resulta da criação de uma nova infra-estrutura. Sendo correcto avaliar de forma rigorosa a capacidade do país em suportar os gastos inerentes a cada uma das situações, é inequívoco que estamos perante realidades com implicações orçamentais completamente diferentes. Aliás, sabendo que Portugal teve uma experiência recente neste âmbito (o contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca por uma entidade privada), seria extremamente importante que fosse efectuada uma avalia-

ção o mais profunda possível da execução desse contrato para que fosse produzido conhecimento técnico e científico quanto a este tipo de soluções que, revestindo-se de especificidades muito próprias na área da saúde, ainda não estão totalmente dominadas mesmo a nível internacional.

### RESPONSABILIDADE E TRANSPARÊNCIA

Quando estamos a discutir assuntos com a importância da saúde, é importante que todos o façam com grande sentido de responsabilidade. Propor soluções para o Serviço Nacional de Saúde sem ter noção das respectivas consequências, sejam os previsíveis reflexos na evolução dos indicadores de saúde, sejam as de índole orçamental, não é aceitável. Para além disso, temos obrigação de exigir uma grande transparência por parte de todos aqueles que se envolvem no processo político, nomeadamente quanto às ligações aos vários grupos de interesses que interagem no sector da Saúde.

Na gestão sabemos que o segredo do sucesso das organizações está nas pessoas. Nenhuma organização cumprirá a sua missão se não servir aqueles (pessoas) a quem destina os seus produtos ou serviços, no mínimo, de acordo com as suas expectativas. No entanto, nenhuma organização o conseguirá fazer se não criar as condições para que os seus profissionais (pessoas) se sintam envolvidos e comprometidos na respectiva actualização, desenvolvendo a sua actividade com eficácia de re-

sultados e eficiência de meios.

Neste momento estão em causa escolhas importantes quanto a essa mega organiza-

ção designada “Serviço Nacional de Saúde”. A magnitude do que está em jogo obriga-nos a ser criteriosos e exigentes na avaliação das soluções que os vários partidos nos apresentam. Não o fazer, aceitando algumas discussões vazias de conteúdo e evitadas de populismo ou de proclamações irresponsáveis só contribuirá para que o futuro nos traga um ambiente mais cinzento.

I – Eurostat – Dados relativos às contas nacionais de 2006.



# Que gestão e futuro para a saúde?

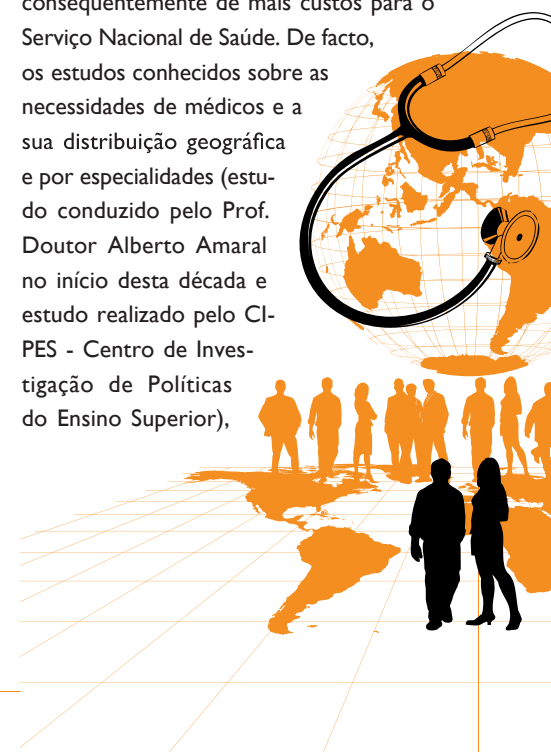
Miguel Guimarães **Autor**

Presidente da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos

O estudo do ISEG, coordenado pelo Prof. Dr. Augusto Mateus, sobre sustentabilidade e competitividade na Saúde em Portugal, os vários cortes exigidos na saúde pelo Ministério das Finanças, que têm oscilado nos últimos meses entre 6 e 15%, o memorandum da Troika (FMI, BE e CE) para o sector da Saúde (reorganizar unidades de saúde e urgências hospitalares, mérito e transparência na escolha de chefias e Conselhos de Administração, existência de central de compras, implementar guias de orientação clínica, auditorias, reforço de uma política do medicamento racional e economicamente viável, revisão das taxas moderadoras, entre outras), as posições oscilantes dos dois maiores partidos políticos, tudo isto amplamente anunciado na imprensa nacional, entre muitas outras situações divulgadas ou conhecidas, merecem da minha parte, como cidadão e dirigente da Ordem dos Médicos (OM), uma reflexão séria e profunda sobre o papel que a própria OM pode ter nos processos de gestão das unidades de saúde. Na realidade, a relação entre equidade no acesso universal aos cuidados de saúde, os custos e a qualidade dos serviços prestados, devem reforçar a defesa do SNS na sua determinação constitucional como a base estruturante da organização da saúde em Portugal, devendo a Medicina Privada e Convencionada respeitar os mesmos princípios e valores do SNS. A sua melhoria e eficiência deve ter como suporte essencial o respeito pelo direito à Saúde e liberdade de escolha, e a qualidade da Medicina consubstanciada na Formação, Investigação Médica e Desenvolvimento Profissional Contínuo. Nesta perspectiva, assume particular importância o legado das Carreiras Médicas que são a garantia de um SNS em que a qualidade da Medicina é permanentemente actualizada e renovada. De facto, é através da monitorização activa das condições de funcionamento e qualidade dos internatos médicos e da formação mé-

dica contínua, da acreditação eficaz e credível das actividades de formação, que se conseguem níveis de qualidade no exercício da Medicina que aumentam a eficácia e eficiência dos serviços de saúde com a correspondente diminuição dos custos. É apostando seriamente na qualidade que se diminuem os custos de forma correcta e sustentada. Por isso, é absolutamente essencial alterar o modelo de gestão dos hospitais visando a reorganização da gestão clínica no sentido de criar melhores condições de trabalho e aumentar a motivação e o grau de satisfação dos profissionais, determinando como critérios essenciais para ocupar cargos de direcção de serviços, unidades ou departamentos a qualificação médica e a competência em gestão clínica, promovendo a Governança Clínica no Sistema Nacional de Saúde como forma de melhorar os índices de gestão, qualidade, competência e organização dos serviços de saúde. E aqui, não posso deixar de relevar a importância fundamental de insistir na necessidade da publicação de uma Lei do Acto Médico, que respeite o Perfil Profissional do Médico definido na legislação sobre as Carreiras Médicas e a formulação da União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS). E realço aqui o ponto 3 do artigo 9º do Regime das Carreiras Médicas, que foca a necessidade da liderança médica nas equipas de saúde “o médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correcto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja acção seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas”. Por outro lado, e no mesmo sentido, a OM tem, na minha opinião, o dever de, junto dos Colégios e das Sociedades e Associações Científicas, promover a implementação de guias de orientação clínica e manuais de boas práticas e a investigação, definição e implementação de indicadores de quali-

dade por patologia e especialidade, que permitam estabelecer critérios de qualidade de base para o soalho da nossa casa, sendo o tecto as *guidelines* definidas a nível internacional. Este papel é absolutamente essencial para que a OM possa, com rigor, definir actividades e serviços médicos com o nível de qualidade abaixo do qual a Medicina não é aceitável. Adicionalmente, é imperioso promover a definição correcta dos padrões humanos e técnicos adequados ao exercício profissional, tendo em conta o nível de diferenciação dos actos médicos e das unidades de saúde. Temos de estar mais atentos ao que se passa nos hospitais, centros de saúde e unidades de cuidados continuados. É possível melhorar a gestão apostando fortemente na qualidade. Numa perspectiva mais global da gestão, e que tem um enorme impacto na trilogia acesso, qualidade e custo, estão duas matérias que considero absolutamente essenciais para o futuro da saúde em Portugal. Em primeiro lugar, a demografia médica que pode resultar em desemprego ou subemprego médico a curto/médio prazo, com todas as consequências negativas que serão esperadas em termos de qualidade e consequentemente de mais custos para o Serviço Nacional de Saúde. De facto, os estudos conhecidos sobre as necessidades de médicos e a sua distribuição geográfica e por especialidades (estudo conduzido pelo Prof. Doutor Alberto Amaral no início desta década e estudo realizado pelo CIPES - Centro de Investigação de Políticas do Ensino Superior),





mostram claramente que o problema essencial não reside no número total de médicos mas sim na sua distribuição geográfica e desequilíbrios em algumas especialidades, como é caso da Medicina Geral e Familiar. Na realidade, e quando a idade da reforma médica ainda se situava nos 60 anos, o Prof. Doutor Alberto Amaral demonstrou que Portugal necessitava de formar cerca de 1.000 médicos por ano. Como sabemos, nos anos mais recentes têm-se formado em média 1.600 médicos por ano, a que acresce um número variável de médicos portugueses formados no estrangeiro e que legitimamente regressam a Portugal. Para além disso, o relatório “Health at a Glance 2010” da OCDE publicado recentemente, refere que existem 3,7 médicos por cada 1.000 habitantes em Portugal, valor claramente acima da média europeia (3,3), valor que tem vindo a crescer nos últimos anos. Por todos estes motivos, a OM deve dar um novo e decisivo contributo para definir claramente as necessidades de médicos das várias especialidades para os próximos 10 anos, tendo em conta, entre outros factores, a evolução da idade da população e dos médicos e dos métodos de diagnóstico e terapêutica, a variação da frequência das várias patologias e a distribuição geográfica da população. Este objectivo, é absolutamente essencial para que a OM possa definir, com a certeza dos números e estudos realizados, que médicos são necessários para os próximos anos, e assim defender a qualidade da Educação Médica e o direito dos doentes à Saúde. Já existem actualmente mais Faculdades de Medicina do que as que seriam necessárias para a população do nosso País (lembro que os números definidos a nível internacional apontam para uma Faculdade de Medicina por cada milhões de habitantes).

As Faculdades de Medicina custam muitos milhões de euros aos portugueses. Neste contexto global, não fazem qualquer sentido as ditas ‘novas Faculdades de Medicina’ – Algarve, Aveiro e na forja Madeira, que para além do mais não garantem uma formação médica sólida de qualidade inquestionável. A OM tem o dever de ter um papel mais relevante na defesa do direito dos doentes a uma Medicina altamente qualificada e aproximar em definitivo a formação pré-graduada e a pós-graduada que garanta uma educação médica continuada de elevada qualidade e contribua para o desenvolvimento da actividade de investigação básica e clínica. Em segundo lugar, no âmbito da política do medicamento, e mais concretamente no campo da receita médica, os médicos têm dado um contributo muito positivo para o desenvolvimento do mercado de genéricos, no pressuposto de serem eles os responsáveis pelas suas escolhas, e não outros, com base na relação única de confiança médico/doente. Temos defendido reiteradamente, que os médicos devem utilizar preferencialmente os medicamentos mais baratos nos quais depositem confiança clínica. Por isso, a nossa oposição à prescrição por DCI em ambulatório, no fundo, à troca de medicamentos nas farmácias. Quer o estudo recentemente promovido pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, quer a posição cientificamente fundamentada da Agência Europeia do Medicamento, desaconselham claramente a prescrição por DCI em ambulatório. Quando se discute a prescrição por DCI é importante entendermos que dois medicamentos genéricos podem não cumprir os critérios de bioequivalência (80-125%), isto é, podem não ser bioequivalentes entre si. Em termos clínicos, isto significa que a sua eficácia e efeitos adversos podem ser muito diferentes. A prescrição de um determinado medicamento genérico ou de marca ou a sua troca, deve ser sempre uma decisão médica. De facto, a prescrição por

DCI constitui uma ameaça à saúde pública pelos riscos que potencialmente comporta, não é economicamente vantajosa, pode conduzir à destruição da indústria nacional de genéricos com todas as consequências negativas daí resultantes e seguramente será um incentivo para o uso de medicamentos inovadores, por natureza mais caros mas sem risco de substituição. De resto, a criação de um verdadeiro mercado ambulatório de genéricos, tabelando o preço de todos os genéricos do mesmo princípio activo pelo valor mais baixo e descendo o respectivo preço numa percentagem significativa (à semelhança do que já ocorre noutros países), pouparia muitos milhões de euros ao Estado e aos doentes. Uma nota final, relativamente à obrigatoriedade da prescrição electrónica recentemente negociada com o Governo. A prescrição electrónica potencialmente diminui o risco de erro ou confusão na prescrição, facilita a auditoria da venda de medicamentos e reforça a capacidade do Ministério da Saúde no combate à fraude no circuito do medicamento. A sua implementação ocorrerá a partir de 1 de Julho do corrente ano, e consagrará situações de excepção ao princípio de que só a prescrição electrónica será comparticipada. E as excepções são: prescrição no domicílio, falência do sistema electrónico, profissionais com volume de prescrição reduzido e situações de inadaptação comprovada na utilização de sistemas informáticos. Estas são no momento algumas das principais medidas e contributos que a OM pode dar ao País e aos portugueses, no sentido de melhorar a qualidade da medicina e da gestão e a diminuição dos custos nas unidades de saúde. O apelo continuado do combate ao desperdício e muitas das medidas agora propostas pela troika e já há muito tempo de todos conhecidas, levantam-me sempre a mesma pergunta: será que desta vez o dinheiro dos contribuintes vai ser melhor aplicado?

# Desafios e respostas na gestão do capital humano no sector da Saúde

## A necessidade de um “extreme makeover”

Luís Monteiro **Autor**

Coordenador de Recursos Humanos

O sector da saúde emprega cerca de 6% de pessoas em Portugal<sup>1</sup> e a despesa contraída absorve aproximadamente 9% da riqueza gerada<sup>2</sup>.

Dessa despesa, a rubrica de custos mais significativa é com o **capital humano** (aproximadamente 70% do custo total de uma organização de saúde, compreende custos com pessoal)<sup>3</sup>. A eficiência do sistema de saúde depende criticamente da interface primária que são os **profissionais de saúde** e respectiva performance, materializada na qualidade das decisões, intervenções e círculo de confiança construído em torno do utente/cliente.

Se observarmos este conjunto de indicadores, ou seja, o grau de absorção de recursos humanos, o peso da estrutura de pessoal no custo da operação de saúde e a criticidade da performance dos profissionais de saúde para a eficiência do sistema, constatamos que estamos perante um **sector de conhecimento intensivo**, puro.

Em sectores de conhecimento intensivo **a relação é dinâmica**: se construirmos o ambiente organizacional adequado, o custo do capital humano traduz-se em **investimento com retorno**, sendo a preocupação primária – “**como investir mais e melhor nas Pessoas para obtermos**

**mais e melhor rendimento**”; pelo contrário, se promovermos práticas desalinhas, o custo com pessoal continua a ser uma **rubrica de custos** e, por sinal a mais pesada e a preocupação central focaliza-se em – “**como reduzir o peso da factura em Pessoal**”.

A escolha parece óbvia, porém, o caminho percorrido na generalidade das organizações de saúde em Portugal, sobretudo ligadas ao sector público, tem sido uma aposta de continuidade na segunda opção, **gerando ciclos viciosos sucessivos**. Não encontrando formas de maximizar o rendimento das equipas de saúde, a tónica tem inflectido no sentido de identificar os mecanismos a implementar para desinvestir na rubrica que é objectivamente mais acentuada na operação global.

Sendo dinâmica a relação, **quanto menos oxigenamos o principal activo de uma organização de saúde – as pessoas – menor é o rendimento que tiramos do mesmo**.

### A EMERGÊNCIA DE UMA NOVA FUNÇÃO RH NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Nos últimos anos, organizações que actuam em sectores de conhecimento intensivo, nomeadamente Farmacêuticas, empresas tecnológicas ligadas

à Saúde e organizações não governamentais têm vindo a construir um modelo organizativo em que a **Função de RH** assume um papel de proximidade e participação na Administração e respectivas decisões estratégicas, estando orientada para a **criação de valor**, através da melhoria do ambiente organizacional e da construção de culturas com identidades fortes e focalizadas na inovação e na excelência.

Quando olhamos para a realidade das instituições de saúde em Portugal, verificamos que a Função RH e respectivas práticas de gestão do capital humano são eminentemente administrativas e orientadas para a **procura de eficiências** por via da redução do custo.

Se pensarmos nos desafios que se estão a colocar no sector da saúde, extraímos **duas conclusões-chave**:

- 1<sup>a</sup>. Os principais desafios e *drivers* de mudança, com implicações na saúde, têm como denominador comum as Pessoas e as alterações verificadas ao nível da estrutura social;
- 2<sup>a</sup>. Os actuais modelos e práticas de gestão de Pessoas nas instituições de saúde não constituem uma opção de resposta para esses mesmos desafios e transformações.



### PRINCIPAIS DESAFIOS E RESPOSTAS PARA A MODERNIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A saúde é um dos sectores mais expostos às transformações que se estão a verificar, sobretudo na conjuntura dos países mais desenvolvidos e que têm, por regra, como **elemento de intersecção**, o factor **Pessoas**:



### I. A alteração da demografia dos países

*Actualmente, existem mais pessoas com idade superior a 65 anos do que pessoas com menos de 15 anos. Projecta-se que em 2050 este rácio duplique, com mais do dobro de pessoas acima*

*dos 65 anos versus pessoas com menos de 15 anos.*

*Cerca de 25% das pessoas em idade activa, estarão concentradas apenas na faixa dos 55 aos 65 anos, criando um desequilíbrio etário profundo entre colaboradores em início e fim de carreira <sup>4</sup>. Estas alterações demográficas, para além de potenciarem um aumento na procura do lado dos utentes/clientes (correlaciona-se o envelhecimento da população com um aumento das doenças crónicas), limitam a oferta do lado dos profissionais de saúde (prevendo-se uma lacuna ao nível do universo de pessoas com idade jovem a trabalharem no sector da saúde e consequente capacidade de resposta).*

Sectores como o da Saúde, em que a exigência de *know-how* e resistência física são requisitos importantes na entrega do serviço, serão particularmente mais afectados, pela perda progressiva de capacidade de resposta, com o efeito do envelhecimento.

As instituições de saúde em Portugal terão de evoluir para a implementação de modelos de segmentação das práticas de recursos humanos direccionadas para os diferentes grupos demográficos, centra-

dos nos seguintes racionais:

- No grupo demográfico dos colaboradores mais seniores (com idades entre os 55 e os 65 anos), construir uma marca interna de valorização da experiência e *know-how* destes profissionais, incentivar o recurso a programas de reforma faseada (alargando o período de contribuição destes profissionais em detrimento da reforma antecipada) e construir programas de tutoria, promovendo a gestão e partilha do conhecimento na Organização;
- No grupo demográfico dos colaboradores mais jovens (com idades entre os 20 e os 30 anos), e porque este constituirá uma fonte de rejuvenescimento natural escassa, criar um ambiente e benefícios que sejam atractivos e estimulantes para os profissionais recém-formados e desenvolver junto das Universidades e Associações Profissionais, um recrutamento proactivo e direccionado para os alunos com melhor potencial;
- No grupo demográfico dos colaboradores a meio da carreira (com idades entre os 30 e os 55 anos), potenciar a sua evolução e crescimento interno através de programas de mobilidade

entre áreas/serviços e através da afectação dos profissionais com maior potencial a projectos/funções de maior responsabilidade.

## 2. Racionalização dos orçamentos e imposição de limites a nível dos custos suportados pelas Organizações de saúde

Uma das principais fontes de preocupação e debate no sector da Saúde incide em como racionalizar custos, à medida que as necessidades do lado da procura dos utentes/clientes aumentam de forma exponencial e o crescimento económico abranda.

Estima-se que a despesa total com a saúde represente, já em 2030, 14% do produto interno bruto na Europa, com tendência para continuar a aumentar <sup>5</sup>.

Qualquer medida que vise a racionalização de custos na saúde requererá, como condição de partida, o envolvimento e mobilização dos profissionais do sector. Isso implica, por um lado, que os profissionais de saúde compreendam e partilhem os desafios e impactos financeiros que se colocam à Instituição, sintam que podem fazer a diferença contribuindo para sua melhoria e vejam o seu esforço reconhecido e valorizado. Por outro, que as instituições de Saúde promovam mecanismos de mobilidade interna e planeamento estratégico de RH, de modo a optimizarem a ocupação dos profissionais pelos diferentes serviços, como

via de minimizar o *overstaffing* e controlar custos.

## 3. A progressiva incorporação de tecnologia na prestação dos cuidados de saúde

*Nos próximos anos assistiremos a um boom de soluções tecnológicas para a prestação de cuidados de saúde como via de, por um lado, oferecer respostas para a cura de doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento da população, tais como diabetes, problemas cardiovasculares e cancro e, por outro, garantir uma maior optimização dos serviços prestados, quer ao nível da eficiência,*

*quer ao nível do custo por utente/cliente. A massificação de tecnologia na Saúde terá como consequência a necessidade repensar o perfil de qualificação/formação, funções e responsabilidades dos profissionais do sector. A prática actual nas*

Instituições de saúde em Portugal terá de evoluir para uma estratégia proactiva de aprendizagem e formação que antecipe as necessidades de informação/formação dos profissionais do sector, ao invés de uma gestão meramente administrativa da formação, virada para a resposta reactiva a requisitos impostos por legislação ou exigências pontuais.

Uma estratégia proactiva de aprendizagem e formação, compreende:

- A identificação do perfil dos profissionais que iremos necessitar daqui a 5-10 anos estabelecendo protocolos e programas de qualificação com Instituições de Ensino;
- A redefinição dos domínios de actuação das diferentes funções integradas na instituição de saúde, distribuindo as responsabilidades de supervisão e utilização da tecnologia pelas funções técnicas e de suporte, numa óptica de *know-how* requerido e índice de risco e investindo na sua capacitação;
- A promoção de uma formação de actualização constante nas áreas da prestação dos cuidados de saúde e respectiva interface tecnológica;

- O estímulo ao recurso a novos formatos de prestação dos cuidados de saúde com recurso à tecnologia;
- A sensibilização dos colaboradores mais seniores para a incorporação de soluções tecnológicas na prática profissional.

**4. O aumento do escrutínio a que as instituições de saúde estarão sujeitas, por via das diferentes entidades integradas nos sistemas e subsistemas de saúde, nomeadamente reguladoras, prestadores de serviços e contribuintes**  
*O progressivo incremento da procura, aumento do nível de*



*exigência e sofisticação dos Utentes/Cientes, e pressão económica, social e política colocada sobre o controlo do desperísimo e qualidade na Saúde, tornará as Instituições cada vez mais vulneráveis ao escrutínio dos diferentes agentes sociais.*

Em termos gerais, esta pressão colocada sobre as instituições de saúde induzirá a necessidade de investir na melhoria da performance global dos serviços.

A prática corrente terá de evoluir para a construção de uma cultura de gestão da performance que promova uma orientação para os objectivos ligados à missão específica da Instituição e o desenvolvimento dos profissionais, na vertente de liderança, comportamental e técnica. Actualmente, a prática em Portugal circunscreve-se, genericamente, a mecanismos de controlo puramente contabilísticos (que traduzem a realidade passada e não a presente) e a procedimentos de avaliação dos profissionais de saúde deficitários. A avaliação do desempenho dos colaboradores, quando existente, é pouco orientada para o desenvolvimento das competências que confirmam a

flexibilidade funcional necessária às instituições de saúde e pouco diferenciadora e valorizadora daqueles que atingem um nível de performance de excelência. Com efeito, existem determinadas funções no sector da saúde cuja avaliação se resume a dois patamares – satisfaz e não satisfaz – nivelando o desempenho por baixo (os quase satisfatórios são catalogados como insuficientes e os excepcionais são apenas satisfatórios).

A construção de uma cultura de gestão da performance compreende:

- O desenvolvimento de sistemas de monitorização da performance que meçam continuamente e divulguem de forma segmentada aos colaboradores a performance da instituição da saúde em resultados-chave da actividade: resultados financeiros, nível de satisfação dos Utentes/Cientes; fiabilidade dos serviços e capacidade de resposta; índice de envolvimento e motivação dos colaboradores;
- A implementação de modelos de gestão do desempenho dos colaboradores que

actuem não como meros processos avaliativos, mas como processo de desenvolvimento e evolução que responda a preocupações tais como: quais as competências de liderança, comportamentais e técnicas a desenvolver para respondermos às necessidades de adaptação internas da organização (ex.: preparar os profissionais para o exercício de funções de gestão ou de supervisão técnica; conferir maior flexibilidade à rotação dos profissionais por diferentes serviços; etc.) e adquirirmos capacidade de prestar um melhor serviço aos Utentes/Cientes?

- A adopção de mecanismos de reconhecimento e incentivo, indexados à gestão da performance, com vista a promover, de forma consistente, o compromisso com os resultados-chave a atingir e o desenvolvimento e melhoria das competências de liderança, comportamentais e técnicas.

Os desafios que se estão a impor no sector da Saúde são demasiadamente sérios e complexos para serem resolvidos com recurso a práticas de gestão

obsoletas e descentradas do órgão central do funcionamento de uma instituição de saúde – as Pessoas. De todos os factores da gestão, este constitui aquele que tem maior potencial de impacto na operação de uma organização de saúde e, surpreendentemente, o que tem sido alvo de menor investimento e modernização nas instituições de saúde, em Portugal. Por esse motivo, é imperativo que as instituições de saúde encetem com urgência um processo de reestruturação da Função RH e que coloquem na agenda da gestão das respectivas Administrações a definição de um conjunto de prioridades e programas possibilitem no médio-longo prazo, construir um ambiente organizacional que seja atractivo para os profissionais com maior potencial, orientador do seu desenvolvimento e encorajador para os que mais e melhor contribuem. Se pergunta “se isto é possível?”, experimente perguntar “e se não for?”, a resposta está à vista – **parafrazeando Albert Einstein, “we can’t solve problems by using the same kind of thinking we used when we created them”.**



# O papel actual do sector social na Saúde

## Alguns aspectos da História das Misericórdias, o seu presente e perspectivas futuras

Miguel Sousa Neves **Autor**

Médico, Pós-graduado em Direcção de Unidades de Saúde pelo INDEG/ISCTE

**E**m termos muito simples, diremos que foi D. Leonor que terá criado as Misericórdias. De facto, o início da construção do Hospital das Caldas da Rainha, em 1485, marca o início da actividade institucional, seguindo-se logo depois em 1493, com D. João II, o início da construção do Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa. A Misericórdia de Lisboa é depois fundada em 1498.

As suas características iniciais poderão ser definidas como de inspiração cristã com uma actividade polivalente e uma forma associativa de irmandade.

A Missão das Misericórdias dividiu-se, desde o seu início, em sete obras espirituais e sete corporais. Espirituais: Ensinar os simples; dar bom conselho a quem pede; castigar com caridade os que erram; consolar os tristes desconsolados; perdoar a quem errou; sofrer as injúrias com paciência; rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos. Corporais: remir os cativos e visitar os presos; **curar os enfermos**; Cobrir os nus; dar de comer aos famintos; dar de beber aos que têm sede; dar pousada aos peregrinos e pobres; enterrar os mortos. As Santas Casas foram criadas para a prática da totalidade das obras corporais e espirituais e ainda hoje as mesmas continuam a ser consideradas como **a missão das Misericórdias**.

Praticamente desde o seu início houve sempre uma intenção integradora e coordenadora com a promoção da integração, no Hospital de Todos-os-Santos, dos pequenos e deficientes hospitais existentes em Lisboa assim como a integração na Misericórdia de cada localidade, dos estabelecimentos locais de assistência hospitalar e social.

Houve também quase sempre uma forte

preocupação técnica e administrativa com a escolha criteriosa de administradores qualificados independentemente da condição e classe social. Inclusive foram fixadas normas minuciosas, de ordem administrativa nos estatutos publicados em 1514 do regimento das capelas e hospitais “O Estatuto da Reforma” (infelizmente algumas das boas práticas iniciais foram um pouco descuradas por algumas Misericórdias nos nossos dias).

Com as Misericórdias foi criada uma Rede Hospitalar envolvendo o país inteiro que lhe fornecia estabelecimentos e serviços a funcionarem descentralizadamente mas ao mesmo tempo com actuação junto das populações interessadas e das próprias famílias dos doentes.

O nome da “Santa Casa” nasceu do povo por lhe garantir uma razoável protecção social e auxílio na doença.

Muitas Misericórdias têm vários séculos de existência lembrando, por exemplo, a data de fundação de algumas ao longo do tempo: 1498 – Lisboa; 1499 – Porto; 1500 – Póvoa de Varzim; 1597 – Esposende; 1928 – Póvoa de Lanhoso; 1995 – Gondomar.

As Misericórdias espalharam-se rapidamente, não só pelo território nacional, como também por praticamente todos os locais onde os portugueses chegaram na fase dos descobrimentos e expansão.

Havia, inclusive, um aforismo popular no tempo da expansão que dizia mais ou menos o seguinte: um português, um padrão; dois portugueses, um abraço; três portugueses, uma Misericórdia.

Há ainda espalhadas pelo mundo várias Misericórdias que funcionam de acordo com os seus objectivos primários e que realçam o carácter humanitário e social da expan-

são portuguesa ao longo dos tempos. Este tipo de estrutura de apoio social é única no Mundo e é algo que os Portugueses se devem orgulhar não só pelo seus princípios mas especialmente pela sua acção prática em prol das comunidades onde se foram inserindo.

De referir que a Misericórdia de Lisboa, a mais “rica das Misericórdias” por ter o controlo dos jogos de sorte que todos conhecemos, embora mantenha a designação social e continue a exercer extensa acção social, deixou de ser, na época do Liberalismo, uma irmandade como todas as outras. Em 1834, o governo, então presidido por Fontes Pereira de Melo, encetou um processo de nacionalização da Misericórdia de Lisboa que, desde essa data e até aos nossos dias, passou a ser um serviço público do Estado Português.

Ao longo dos tempos as Misericórdias foram sempre consideradas Instituições essenciais para um bom desempenho social da nossa sociedade.

Nos Discursos Parlamentares (1954, página 157) há uma descrição de Almeida Garrett “Temos em Portugal uma Instituição que nos honra, que tem sido louvada, invejada por todas as pessoas, que é a melhor instituição que conheço... Em nenhum país da Terra há instituição filantrópica superior nem igual...” que bem atesta o valor destas Instituições.

Há cerca de 10 anos atrás existiam 389 Misericórdias com mais de 130.000 irmãos (associados) e 15.000 colaboradores que providenciavam os seguintes serviços: 132 creches, 155 jardins de Infância; 57 centros de actividades de tempos livres, 28 internatos de menores, 190 centros de dia, 222 lares de idosos, 61 centros de apoio

domiciliário, 6 estabelecimentos de deficientes e 60 serviços diversos, cujas áreas de actuação abrangem apoio financeiro e social a famílias carenciadas e pessoas isoladas, luta contra o alcoolismo, toxicod dependência e SIDA, bem como colónias de férias.

#### PORQUE É QUE AS MISERICÓRDIAS, DESDE HÁ 500 ANOS, SE DEDICAM AO SECTOR DA SAÚDE?

A resposta é simples e tem a sua origem numa das sete obras materiais que manda *cuidar dos enfermos* e é ao abrigo deste princípio que, em 2011, como em 1516, as Misericórdias prestam cuidados de saúde aos cidadãos. No que respeita à actividade hospitalar, no século passado, a lei nº 2001 de 2/4/1956 criou as bases de uma organização nacional regionalizada tendo-se dividido o país em três zonas (Norte, Centro e Sul) com hospitais centrais, regionais e sub-regionais. A mesma lei foi aperfeiçoada e desenvolvida pelo decreto-lei 48357 de 27/4/68 (Estatuto Hospitalar) e decreto-lei 48358 (Regulamento Geral dos Hospitais). As Misericórdias foram englobadas, com os seus hospitais, nesta organização nacional, mantendo porém a sua autonomia administrativa. Assim, as Misericórdias detinham um hospital central (Santo António do Porto), todos os regionais e quase todos os sub-regionais. Por decreto-lei 413/71, artigo 74, os hospitais regionais passaram a denominar-se distritais... e os sub-regionais em concelhios.

Antes de 25 de Abril de 1974 as Misericórdias eram proprietárias e geriam um hospital central, 25 distritais (incluindo Braga e Viana do Castelo) e 256 concelhios (16 no distrito de Braga e 13 no de Viana de Castelo).

As principais crises dos hospitais das Misericórdias foram provocadas pelo liberalismo que nacionalizou a Misericórdia de Lisboa e mais tarde pelas intervenções “socializantes” de Abril 1974, nesta fase pelos decretos-lei 704/74 e 618/75 (houve algumas excepções a estas nacionalizações que foram por exemplo o hospital de Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses).

O decreto-lei 489/82 de 28/12 vem posteriormente permitir que os hospitais concelhios voltassem para a administração das Santas Casas, muito deles degradados e sem qualquer projecto de viabilização ou auto-sustentação sendo que alguns dos acordos com o Estado eram deprimentes no seu conteúdo. Por exemplo o valor das

consultas e internamentos eram pagos muito abaixo do valor praticado para os hospitais sob a tutela directa do Estado. De qualquer modo, o Estado sempre reconheceu a existência de um sector social onde as Misericórdias se encontravam incluídas. Há uma norma jurídica base em que o Estado de Direito Português, a Constituição da República Portuguesa acolhe (art.º 80) esta distinção nos termos formulados, isto é, que em Portugal o sector social é distinto, quer do sector público, quer do sector privado; e essa distinção é também evidente no sector da saúde porque a Lei de Bases da Saúde tem uma base própria (Base XXXVIII)



para regular a intervenção do sector social na área da saúde.

O decreto-lei 519/79 de 29/12 fixou o regime jurídico-administrativo das Instituições Particulares de Solidariedade Social

#### *As mutualidades*

O Montepio Geral é uma Associação Mutualista com cerca de 170 anos de existência, um Banco, Residências para a 3ª idade e apoio a algumas situações de doença.

(IPSS). O decreto-lei 119/83 de 25/2 vem atenuar consideravelmente a acção tutelar do Estado.

Junto da Igreja, as Misericórdias poderão ser consideradas Associações Privadas de Fiéis embora esta designação não seja de todo pacífica e tenha fomentado muitas discussões ao longo do tempo sobre o papel tutelar da Igreja em instituições que nasceram e se desenvolveram com o apoio e protecção da Igreja Católica mas cuja força e capacidade criativa residiu no facto de serem autónomas no modo como geriam as suas actividades e cujos irmãos (associados) eram personalidades que se destacavam nas comunidades onde foram estabelecidas.

“As Misericórdias são assim instituições não lucrativas, integrantes do 3º sector e praticantes de uma economia social e de solidariedade que as torna perenes e actuais e o seu universalismo de abertura a todos sem qualquer discriminação nem exclusão de raça, condição ou mesmo credo, tanto no socorrer como no ser socorrido...” (Padre Vítor Melícias no VIII Congresso Nacional das Misericórdias, 2007). No que respeita à sua sustentabilidade actual há que ter em devida conta:

- Um vasto património, mas muito variável de Santa Casa para Santa Casa;
- A cooperação com o Estado – por intermédio dos Centros Regionais de Segurança Social e da Rede de Cuidados Continuados;
- A **prestação de serviços de saúde/actividade hospitalar** que está actualmente em fase de expansão;
- A prestação de serviços directos de apoio à Comunidade.

A criação, em 1976, da União das Misericórdias, e posteriormente do Grupo de Saúde das mesmas, veio dar consistência e robustez a um projecto que se encontrava debilitado e desbaratado no espaço e no tempo.

No entanto, algumas Misericórdias debatem-se ainda com problemas inerentes à sua organização baseada em associados (Irmãos) cuja Direcção (Mesa) é votada/escolhida entre os seus pares que trabalham de forma gratuita e na medida das suas disponibilidades de tempo. Em alguns casos há um desconhecimento ou negligência para a necessidade de criação de estruturas funcionais com gestores à altura dos desafios e da complexidade organizacional do mundo em que vivemos. Palavras como “amadorismo”, “egocentrismo” e “paternalismo” são muitas vezes utilizadas para se descrever os problemas de instituições que não convivem bem com uma sociedade de informação onde tudo se processa rapidamente e os níveis de competitividade crescem exponencialmente. A Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde é, no entanto e como muitas outras, um exemplo de sucesso de uma organização de serviços à comunidade que, para além de uma vasta rede de serviços de apoio à população da região desde infantários, lares de idosos, apoio domiciliário e serviços de saúde, tem a segunda maior taxa de empregabilidade do Concelho logo a seguir à autarquia vila condense.

Na economia actual os desafios que os países enfrentam têm necessariamente a ver com a globalização competitiva e o facto do Estado Social Europeu, nascido numa época de economia crescente, estar a viver uma das suas piores crises de sempre com dificuldades económico-financeiras gravíssimas e populações cada vez mais envelhecidas.

Assim, há que repensar o papel das Misericórdias com economia social

que ajude a minorar eventuais desequilíbrios e conseqüente desagregação da estrutura social.

Mas para isso será necessário que os Governos acreditem na capacidade das IPSS e assumam sem ambiguidades nem constringimentos as Misericórdias, como “motores” de desenvolvimento estratégico no âmbito da rede social que é fundamental para que a sociedade continue a funcionar com um sentido de solidariedade inerente a uma Estado de Direito.

Os governantes terão que permitir que as IPSS possam ir criando fundos de sustentação próprios com destaque na área de prestação de serviços de saúde.





Da parte das Misericórdias será necessário **innovar** no plano conceptual e estratégico, no plano organizacional e no plano operacional (ex: exigência na selecção dos responsáveis) para que possam, hoje mais que ontem, serem verdadeiros pilares de apoio social numa altura cada vez mais difícil para todos os portugueses.

E aproveito para lembrar – salvaguardando as diferenças enormes entre dois sistemas completamente diferentes – que no *ranking* dos melhores hospitais dos Estados Unidos da América a maior parte dos lugares cimeiros são ocupados por organizações sem fins lucrativos:

1. John Hopkins Hospital, Baltimore;
2. Mayo Clinic, Minnesota;
3. Cleveland Clinic;
4. Massachusetts General Hospital, Boston;
5. UCLA Medical Center, Los Angeles;
6. New York Presbyterian University Hospital of Columbia and Cornell;
7. Duke University School of Medicine, Durham NC;
8. Barnes Jewish Hospital, University Washington, St. Louis;
9. University of California San Francisco Medical Center;
10. Brigham and Women's Hospital, Boston.

Voltando à área da Saúde que será o factor de sustentabilidade mais importante das Misericórdias, mais de 130 instituições prestam serviços de saúde em Portugal.

O próprio Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social, celebrado entre o XV Governo da República em 1996, a Associação Nacional de Municípios e as três Uniões do Sector Social (Misericórdias, Mutualidades e as outras IPSS) elege, logo no ponto 2 da cláusula 2ª, a saúde como área prioritária dessa mesma cooperação. Actualmente a actividade na área da saúde divide-se em:

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- Acordo com o Estado/ARS para consultas, exames complementares e cirurgias;
- Convenções com subsistemas de saúde como a ADSE, ADM, SAMS, CGD, Ministério da Justiça e seguradoras;

A RNCCI foi criada a 6 de Junho de 2006 (decreto lei nº 101/2006) no âmbito dos

Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

As Misericórdias asseguravam há dois anos atrás cerca de 50% das camas de Convalescença, 70% de Média Duração e Reabilitação, 85% de Longa Duração e Manutenção e 10% dos Paliativos num total de cerca de 65-70% de camas da RNCCI.

A Humanização da sua actividade hospitalar, independentemente do lucro financeiro da sua actividade, é um factor decisivo nesta área da saúde. Talvez seja esta a razão porque, numa primeira fase, praticamente só as Misericórdias concorreram para a RNCCI.

E faço também aqui um parêntesis para realçar um facto que muitos se questionam quando se fala do sector social: O sector social é beneficiado porque não paga impostos?

Se lembrarmos que o imposto nada mais é que um encargo que o Estado faz incidir sobre os cidadãos (IRS) e as empresas (IRC) para participarem nos encargos gerais da comunidade onde se inserem, então os 100% do sector social não são comparáveis com os cerca de 40% de muitos cidadãos e empresas. No plano da economia, é na economia social onde se associam pessoas assim se distinguindo da economia formal, onde se associam capitais. No sector social pagam-se quotas mas não se detêm quotas, da mesma forma que não se herdiam quotas; no sector social também não existe capital social mas apenas fundo social. O sector social não visa a remuneração do capital, como no sector privado, não há lucro, mas apenas resultado positivo da actividade. Por isso reinveste no sistema todos esses eventuais resultados positivos de exploração.

O acordo recentemente celebrado entre o Estado e alguns hospitais das Misericórdias veio acabar com uma situação insustentável onde, por exemplo, as consultas de especialidade eram pagas às Misericórdias a 5,99 euros e os electrocardiogramas a 3,87 euros pelo Estado. Com este novo acordo, algumas Misericórdias passam a fazer parte da rede de cuidados do Serviço Nacional de Saúde com serviços contratualizados com as Administrações Regionais de Saúde, os quais passam a ser fiscalizados e actualizados consoante os resultados e as necessidades das populações.

As Misericórdias têm também conseguido acordos de convenção com subsistemas sendo que, em alguns casos e tendo em conta o carácter social onde se inserem, os valores pagos são inferiores aos contratualizados com o sector privado para o mesmo serviço prestado.

## NO FUTURO

Para garantir a sua sustentabilidade, as Misericórdias vão ter que trabalhar cada vez mais em rede, e de uma forma dinâmica e sempre actual, com todas as instituições públicas e privadas na área da saúde procurando interesses comuns e potencializando as suas capacidades.

Isto inclui necessariamente as Autarquias e outras IPSS na busca de melhores soluções para as comunidades onde estão inseridas. As Misericórdias terão também que ir criando Pólos de Excelência em áreas de saúde específicas com investimentos na investigação, inovação e do conhecimento.

Por último relembro que:

- As Misericórdias portuguesas nasceram por associação livre de cidadãos de cada comunidade – daí a sua autonomia;
- São organizações de voluntários que têm por Missão cumprir as obras da misericórdia, ajudando os outros – a sua distinção de outras organizações;
- E terão que cumprir essa Missão pela via da gestão dos equipamentos e recursos humanos de forma inovadora e com métodos actuais de gestão – fundamento da sua sustentabilidade.

Sendo que o orçamento actual de exploração ultrapassa os 850 milhões de euros/ano e o seu “core business” presente e futuro passará por respostas melhoradas ligadas à saúde e envelhecimento.

*Nota: o presente artigo foi estruturado com base em várias publicações sobre as Misericórdias.*

# Crianças no ensino básico “trabalham” 70 horas por semana

Antonieta Guerreiro **Autor**

Deputada à Assembleia da República

“*Vamos ter crianças com grandes falhanços. Hoje temos crianças hiperestimuladas que estão nas escolas das 8 da manhã às 8 da noite, dormem pouco, comem mal e fazem pouco exercício físico, serão futuros doentes de certeza*”, refere Teresa Paiva, investigadora e especialista em Consulta do Sono na primeira de cinco audições colectivas do Grupo de Trabalho de Educação para a Saúde, designadas por “Chá de Saúde”.

Este foi um Grupo de Trabalho criado no âmbito das Comissões Parlamentares de Saúde e de Educação e Ciência da XI Legislatura. A primeira audição teve lugar na biblioteca da Assembleia da República, perante quase meia centena de participantes tendo a mesma sido presidida pelo deputado Luiz Fagundes Duarte, presidente da Comissão de Educação.

Carlos Mascarenhas, enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia do Hospital de S. Teotónio de Viseu, onde é responsável pela implementação do programa “Hospital Amigo dos Bebés” focou a importância do aleitamento materno em detrimento do leite em pó com os custos que os mesmos acarretam para o orçamento familiar, que ultrapassam os 800 euros mensais – “*mais do dobro do salário mínimo nacional*”, disse.

Para além da importância da

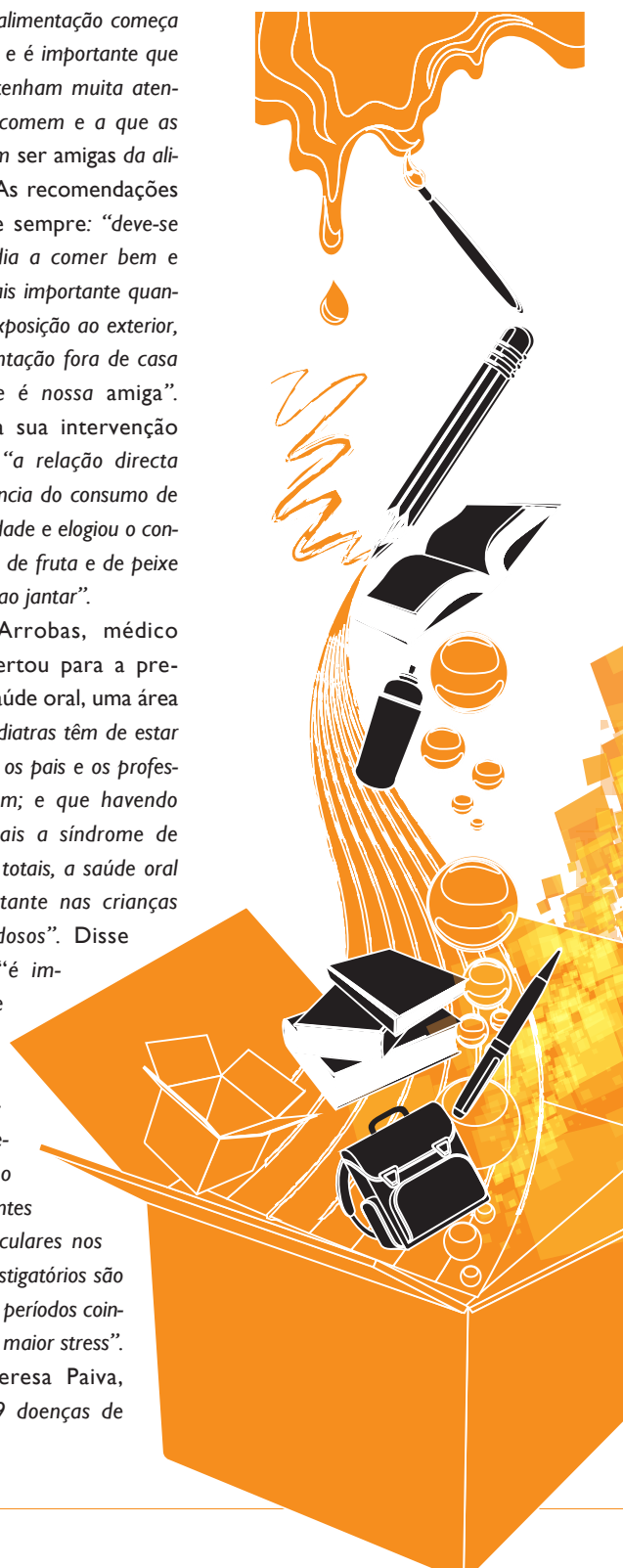
actividade desportiva no nosso dia-a-dia, Luís Bom, professor na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, coordenador dos Programas Nacionais de Educação Física, sem “*papas na língua*” diz que “*os culpados do sedentarismo e desta crise em que vivemos são “os cês... o cadeirão, o colchão, o computador, a comida, os cremes, os crocantes e os croquetes, a casa que habitamos geralmente em formato de caixas e a camuflagem da gordura com as cintas e as roupas*”.

Os participantes ficaram a saber através de Hélder Bértolo, professor universitário, investigador e consultor da União dos Profissionais de Óptica e Optometristas Portugueses, que “*a UPOOP está disponível para participar em rastreios nas escolas e que entre as várias doenças oculares que podem ser detectadas está o glaucoma, sendo a prevenção e o rastreio muito importantes para a redução do peso do SNS no Orçamento Estado bem como para a diminuição das listas de espera*”.

Ao nível da alimentação, o professor Pedro Moreira, professor universitário e investigador da Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação da Universidade do Porto, acusa “*o consumo excessivo de sal e de bebidas alcoólicas como o principal factor de mortalidade*”. Segundo o especialista, “*a nossa*

*exposição à alimentação começa ao nível fetal e é importante que as grávidas tenham muita atenção ao que comem e a que as escolas devem ser amigas da alimentação*”. As recomendações foram as de sempre: “*deve-se começar o dia a comer bem e isto é tão mais importante quanto maior a exposição ao exterior, pois a alimentação fora de casa nem sempre é nossa amiga*”. Terminou a sua intervenção abordando “*a relação directa entre a ausência do consumo de sopa e obesidade e elogiou o consumo regular de fruta e de peixe ao almoço e ao jantar*”.

Fernando Arrobas, médico dentista, alertou para a prevenção da saúde oral, uma área onde “*os pediatras têm de estar atentos, mas os pais e os professores também; e que havendo cada vez mais a síndrome de desdentados totais, a saúde oral é tão importante nas crianças como nos idosos*”. Disse ainda que “*é importante que haja uma intervenção interdisciplinar na medida em que o ranger de dentes e dores musculares nos músculos mastigatórios são evidentes em períodos coincidentes com maior stress*”. Segundo Teresa Paiva, “*havendo 99 doenças de*



sono, estas crianças vão ser doentes no futuro. Quem não dorme, não faz exercício e come mal irá ser doente, seguramente. É preciso impor limites nas escolas, pois há crianças que trabalham 70 horas. Daqui decorre que estas crianças são potenciais doentes no futuro, o que significa um aumento de custos, a médio e longo prazo, para o SNS”.

Em jeito de balanço considero que esta primeira audição colectiva foi muito importante e superou as expectativas, tendo sido também uma forma de optimizarmos tempo e recursos, pois tínhamos cerca de 30 entidades para ouvir. Mais importante do que legislar é sensibilizar as pessoas para a prevenção de doenças e antes de legislar é preciso saber o que está a ser feito pelas autarquias, pelas escolas, pelas ARS e pelas Direcções Regionais de Educação.

Por isso, neste grupo de trabalho quisemos ser, mais do que legislador, um facilitador de processos e amplificador de boas práticas ao nível da Educação para a Saúde.

Outro trabalho efectuado, com menos visibilidade, foi o inquérito a todas as Câmaras Muni-

cipais do País (continentais e insulares) sobre o que está a ser feito ao nível da Educação para a Saúde. Responderam 309 autarquias, número muito considerável. Ficaram por analisar detalhadamente as respostas. Espero que os próximos presidentes das Comissões Parlamentares de Saúde e de Educação dêem continuidade a este projecto que pelas contingências políticas ficou a meio. A Educação para a Saúde é algo que só dará os seus frutos se formos perseverantes e se todos os dias fizermos sempre um bocadinho mais. Também aqui as políticas de juventude e a promoção de actividades físicas farão a diferença pois o futuro é dos jovens.

Se todos formos menos ao médico, se todos fizermos menos análises, menos radiografias, menos TAC, em suma, menos exames de diagnóstico complementares, se comprarmos menos medicamentos, todos pagaremos menos em impostos que vão ajudar a manter a sustentabilidade do SNS.

Se todos colaborarmos será possível que todos venhamos a pagar um pouco menos para ter boa Saúde e boa qualidade de vida, mas para isso o preço a pagar é diário, porque todos os dias temos de nos reeducar para a Saúde e todos os dias temos de renovar esses votos de perseverança... Haja Saúde!

## Sites

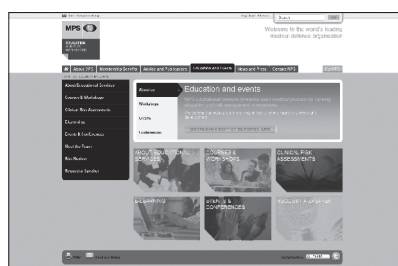
### Sugestões

[www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)



Na área dos cuidados de saúde, a JCAHO é sinónimo de qualidade há mais de 50 anos. Trata-se de um nome que simboliza a excelência, a experiência e o profissionalismo. Como organização independente e sem fins lucrativos, a JCAHO tornou-se líder mundial na acreditação de organizações de saúde. Mantém continuamente elevados padrões de qualidade para todos os tipos de organizações de saúde, oferecendo uma resposta flexível e personalizada e adaptando cada organização às exigências do seu próprio negócio.

[www.msp-riskconsulting.com](http://www.msp-riskconsulting.com)



O site MPS Risk Consulting tem como objectivo ajudar os profissionais de saúde a evitar incidentes que ponham em causa a integridade dos pacientes, incentivando a compreensão dos riscos da prática clínica e o que se deve fazer para os evitar. A equipa do MPS Risk Consulting é especialista em Risco Clínico e oferece apoio em variados aspectos desta área, trabalhando em conjunto com uma seguradora especializada na cobertura de seguros dos profissionais de saúde no Reino Unido: A Medical Protection Society.

# Developing a vision for your practice

Colin Kerr **Autor**  
Executive Editor, *EuroTimes*

**G**reat ophthalmologists do not necessarily make great business experts. For that reason, in 2008 the ESCRS – European Society of Cataract and Refractive Surgeons –, in co-operation with the society's news magazine *EuroTimes*, established a Practice Development Programme specifically aimed at eye surgeons.

The purpose of this programme was to get business and management experts to advise doctors on how they can run their practices successfully. Sometimes, businesses fail. Although the failure rate may be lower than in private practice ophthalmology, there is no guarantee that if you decide to set up your own practice it will be successful. If you are a public sector employee and your income comes largely from the state or a state organisation you can enjoy job security and minimise risk. However, many ophthalmologists may decide that this security is offset by the lack of control that you enjoy as an employee in deciding your own destiny and shaping your career.

## RISK ASSESSMENT

Before you decide to establish your own private practice/business is to carry out a risk/benefit analysis assessing your current and future financial position, job security and work/

life balance. Work/life balance may be particularly important as if you run a private practice you will need to be more flexible in the hours you may offer your services. Alternatively, you also have the opportunity to organise your hours to ensure you have spare time to spend with family and friends. Where will you locate your practice? You will need a large population base and you should establish yourself in an area where the population is expanding and not declining. Study local census figures and contact the relevant authorities to help you assess population and housing projections both in the short and long term. If you decide to set up practice in a particular location talk to some of your colleagues in that area. Also, read the local newspapers, which are always a good source of information. Before setting up, you must be confident that there is a demand for your services. If there is not you run the risk of business failure.

## BUYING A PREMISES..

You need to find suitable premises (not too big/not too small) and then raise capital to finance it. Should you buy or should you lease? Before you approach a financial institution, make sure you have a well thought out

business plan. You should get professional assistance from an accountant or financial advisor in drawing up this plan.

Once you have convinced a lender that your new business will be viable you should be aggressive in negotiating discounted rates. Do not borrow more money than you need to borrow. The first measure of success is that you are happy working as a clinician in a private practice and that your patients are happy. The second measure is that your business is generating a steady source of income based on the projections in your business plan. You may have planned to make a loss in Year 1, break even in Year 2 and make a small profit in Year 3. If you do not make these targets, or even if you exceed them, you need to reassess your plan.

## PROFESSIONAL SUPPORT

As an ophthalmologist you probably have limited business training or knowledge. For that reason, you need to employ professional support, either on a full-time or part-time basis, for payment of salaries, taxation and bill collection. You also need to monitor how your money is spent. Do not buy or lease equipment unless you know there is a demand for the service this equipment

provides. Good management, good administration and good financial control will grow your income, but it will also make life a lot easier for you.

If you expand, you will need to employ more staff. You may also decide to seek a partner or partners to help you run the business. They will share in the risks and the benefits. You should decide at an early stage if all partners will be equal or will you as the Managing Partner be entitled to a larger share of the profit.

If you run the practice on your own with the support of practice staff, you should hold regular meetings to advise and consult them of how the business is succeeding or not succeeding. You should seek their advice and ask for their suggestions, but if you are a sole practitioner, remember that ultimately the responsibility for the success or failure of the business lies with you and you alone.

If you are in partnership with a number of colleagues, you have the opportunity not only to innovate but also to suggest and implement innovations, which the business should benefit from.

## ESCRS VIENNA 2011

All of these topics have been discussed at the ESCRS Practice Development Workshops

at the Society's Congresses in Berlin, Barcelona and Paris. Now three years later, under the guidance of the ESCRS Practice Development Committee, chaired by Paul Rosen, UK, the programme has increased in popularity and for the first time in Vienna, it will run for three full days.

This year's programme is also different as for the first time it will feature a specially devised schedule of modules which will all link together. This will allow doctors, practice managers and other participants who attend to work directly with the teachers and discuss the individual problems they face in their practices.

On Saturday September 17, Rod Solar of LiveseySolar Practice Builders will moderate a workshop on Marketing your Practice. This will be an interactive workshop where Mr Solar will advise delegates on addressing key marketing functions in their individual practices.

On Sunday September 18, Paul McGinn, barrister at law and EuroTimes editor, Tom Harbin MD, author of *What Every Doctor Should Know but Was Never Taught in Medical School* and Kris Morrill, director KAM Communications will moderate the sec-

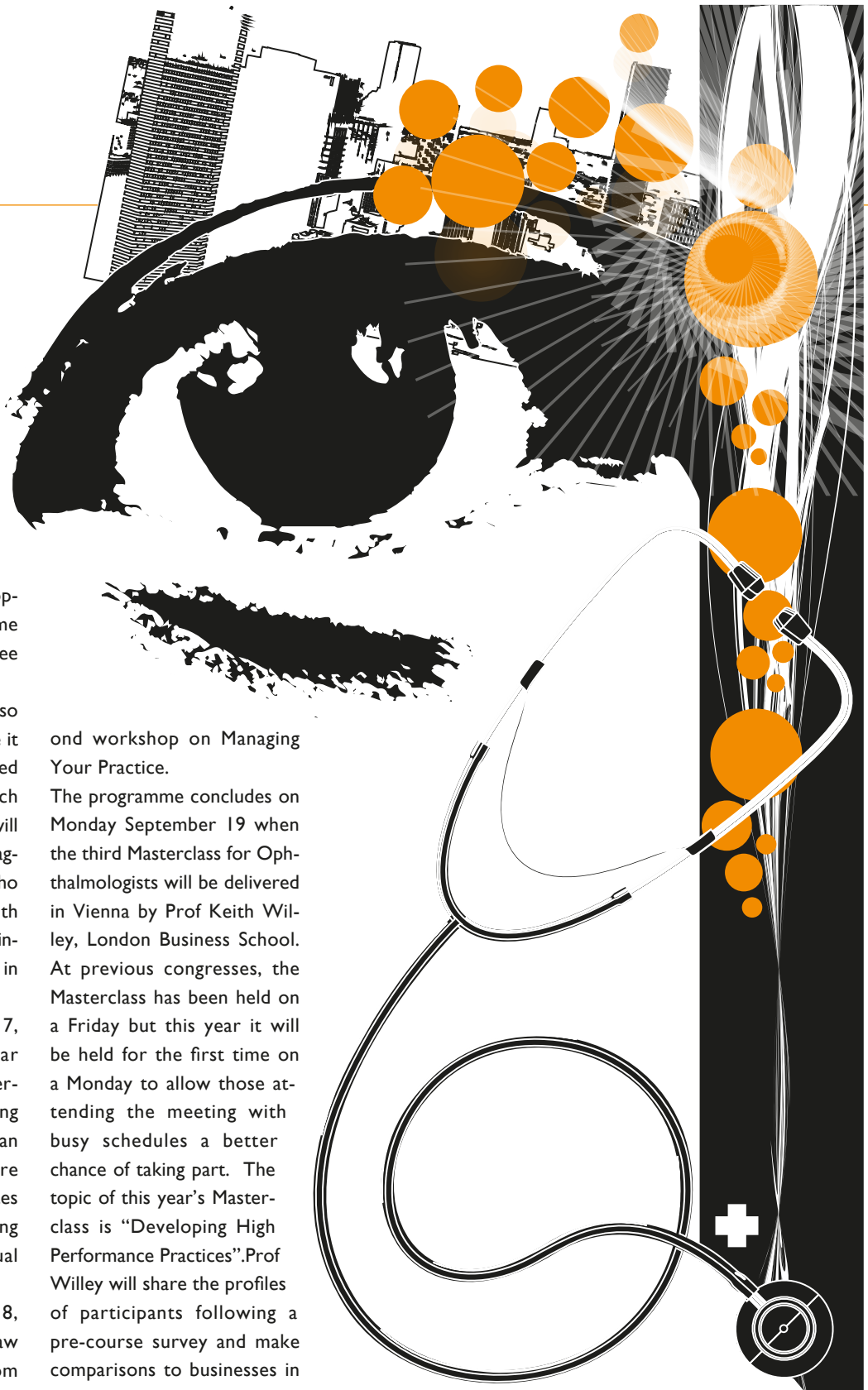
ond workshop on Managing Your Practice.

The programme concludes on Monday September 19 when the third Masterclass for Ophthalmologists will be delivered in Vienna by Prof Keith Willey, London Business School. At previous congresses, the Masterclass has been held on a Friday but this year it will be held for the first time on a Monday to allow those attending the meeting with busy schedules a better chance of taking part. The topic of this year's Masterclass is "Developing High Performance Practices". Prof Willey will share the profiles of participants following a pre-course survey and make comparisons to businesses in other sectors. This course is limited to 50 participants and the course fee is €200.

For more details on the Practice Development Programme, visit [www.es CRS.org](http://www.es CRS.org). The Proj-

ect Manager for the ESCRS Practice Development Programme is Colin Kerr, Executive Editor, EuroTimes. If you

require any further information, you can contact Colin directly at [colin.kerr@euro-times.org](mailto:colin.kerr@euro-times.org).



## Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) foi criada por iniciativa de um grupo de médicos com formação específica em Gestão de Unidades de Saúde e que sentem que os médicos devem assumir um papel de liderança no processo de gestão da saúde em Portugal.

A SPGS foi registada em cartório a 19 de Maio de 2004. A primeira Assembleia-Geral decorreu a 17 de Julho de 2004 no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos (OM). Contou com a presença do senhor Bastonário e do senhor Presidente da Secção Regional da OM e teve o apoio

expresso dos presidentes das Secções Regionais da Ordem e de 128 associados fundadores. Foi eleita uma lista por decisão unânime dessa Assembleia tendo como Presidente da Direcção o Dr. Miguel Sousa Neves, Presidente da Mesa da Assembleia-Geral o Professor Dr. Rui Moreno e Presidente do Conselho Fiscal o Professor Dr. João Westwood\*.

A Direcção eleita teve como objectivo primário criar as condições necessárias para que a Associação pudesse desenvolver na plenitude o seu objectivo primário que é **“ser um palco**

**privilegiado de discussão de todos os assuntos que tenham a ver com a gestão da saúde em Portugal”**.

Em 2007, o Dr. Miguel Sousa Neves apresentou a sua demissão do cargo de Presidente da Direcção da SPGS para que um ambicioso projecto da autoria do Presidente da Assembleia-Geral fosse concretizado e que visava o alargamento da SPGS ao Brasil.

Infelizmente e por motivos diversos, a SPGS ficou quase que inactiva e sem que fosse concretizado qualquer projecto.

Por sentir que a SPGS pode ser

útil aos agentes que actuam na área da Saúde em Portugal, o Dr. Miguel Sousa Neves, com o apoio de alguns colegas, convocou uma Assembleia-Geral Extraordinária que decorreu no passado dia 6 de Março de 2011 onde foi reconduzida a Direcção existente em 2007. Em Junho próximo será marcada uma nova Assembleia-Geral Extraordinária para a realização de eleições.

\* O Professor Dr. João Westwood veio a falecer subitamente, em 18 de Fevereiro de 2005.

A SPGS teve a sua constituição publicada em Diário da República de 19 de Agosto de 2004, série III.

**SPGS**  
Sociedade Portuguesa  
de Gestão de Saúde

**Sede Provisória:**  
Avenida Cidade de Montgeron, 212  
4490-402 Póvoa de Varzim  
**Email:** info@spgsaude.pt  
**Fax:** 252 688 939

### Inscrição para Associado Efectivo\*

Nome \_\_\_\_\_ N.º Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha \_\_\_\_\_

Endereço para contacto \_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Quota anual de 50€



