

Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Julho 2012 • N.º 7

Discurso Sobre o Estado da Nação **Paulo Macedo**

Para Onde Vamos? **Miguel Sousa Neves**

O Privilégio de ser Médico e a Greve dos Médicos **Miguel Guimarães**

Greve Nacional Médica: O Porquê **Carlos Arroz / Jorge Silva**

Motivação e Produtividade: Há Ainda Lugar a Esta Reflexão? **Victor M. Gil**

Marketing Hospitalar: Um Paradigma em Desenvolvimento **Diana Mendes / Manuela Sarmento**



Sumário

2 Estatuto Editorial

3 Mensagem
Tem que Haver
Esperança...
Miguel Sousa Neves

4 Discurso Sobre o
Estado da Nação
Paulo Macedo

8 Para Onde Vamos?
Miguel Sousa Neves

12 O Privilégio de ser Médico
e a Greve dos Médicos
Miguel Guimarães

14 Greve Nacional
Médica: O Porquê
Carlos Arroz
Jorge Silva

17 Notícias

18 Motivação e produtividade:
Há Ainda Lugar a Esta Reflexão?
Victor M. Gil

20 Marketing Hospitalar:
Um Paradigma em Desenvolvimento
Diana Mendes
Manuela Sarmento

30 Livros

31 Sites

32 Fundação da SPGS
Ficha de Inscrição



FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE
Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 7 • Julho 2012

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
Site: 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 Revista Portuguesa de Gestão & Saúde orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica. A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar 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 colabora-

dores 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 Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, 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.



Tem que Haver Esperança...

Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

Num momento conturbado para os profissionais de saúde envolvidos numa disputa com a tutela aqui estamos com mais um número da nossa revista. Não poderíamos deixar de abordar o tema colocando a posição dos Sindicatos, um artigo de opinião sobre a situação e umas “caixas” sobre o que o Bastonário pensa da greve, um extracto do programa do actual governo para a Saúde e as propostas que o Ministério fez aos representantes dos médicos para que se evitasse uma greve que traz necessariamente prejuízos à população. Quando lerem esta edição espero sinceramente que

o Ministério da Saúde e os Sindicatos estejam em plenas conversações para desbloquear um conjunto de problemas que cria desmotivação e revolta num grande número de médicos. Sei que o Ministro da Saúde está a fazer tudo para, dentro das constricções orçamentais, poder ajudar a equilibrar financeiramente o SNS. Sei também que estará sensível a muitas das reivindicações dos médicos e acredito na boa-fé dos Sindicatos e da Ordem dos Médicos neste momento difícil que o país atravessa. A preocupação manifestada pelo Bastonário e pelos Presidentes das Secções Regionais da Ordem dos Médicos com destaque para o colega

José Miguel Guimarães da Secção Regional Norte terá que se traduzir numa capacidade construtiva de apoio a quem tem por funções dirigir os destinos do país. A revista tem também um excelente artigo do colega Victor Gil que muitos conhecem não só como um distinto cardiologista mas também como um Homem que se preocupa com a gestão da saúde no nosso país. Por fim decidimos publicar um artigo de Diana Mendes e Manuela Sarmento sobre Marketing Hospitalar que achamos extremamente interessante. Um bom Verão para todos pois estaremos de volta apenas quando começarem a cair as primeiras folhas...

11 de Julho de 2012

Discurso sobre o Estado da

Paulo Macedo
Ministro da Saúde

Autor

Senhora Presidente da Assembleia da República, Senhor Primeiro Ministro, Senhoras Deputadas, Senhores Deputados, Ilustres Membros do Governo,

O Governo assumiu como um dos objectivos centrais da sua política de saúde a garantia de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) sustentável para os portugueses. Mantêm-se os princípios fundamentais subjacentes à sua criação e assegura-se a qualidade e o acesso efetivo das pessoas aos cuidados de saúde. E esta opção política foi assumida pelo Governo por uma razão clara: porque o SNS constitui uma das mais importantes organizações sociais do país, indispensável à melhoria do nível de saúde dos portugueses e na concretização do acesso à saúde, mais importante ainda em tempos de emergência nacional como os que vivemos. Todavia, percorrendo os 12 meses de Governo, destacou-se o ponto de partida do orçamento da saúde aprovado em 2010 para o ano de 2011 pela 1ª vez reduzido em cerca de 600 milhões de euros e uma 2ª vez em 2011 na sequência

dos compromissos assinados com a *Troika*.

A despesa pública em saúde estava descontrolada, crescendo a ritmos muito superiores ao do crescimento da riqueza gerada pelo país.

Os sucessivos orçamentos rectificativos, os hospitais em falência técnica, acrescentando ao montante global das dívidas a fornecedores em cerca de 3.000 milhões de euros determinaram uma perspectiva insustentável para o Serviço Nacional de Saúde.

Nesta trajetória, efetivamente, o Serviço Nacional de Saúde não se afigura sustentável, bloqueado por ameaças dos credores com iminente interrupção de fornecimentos, de recusa de tratamentos e de transportes de doentes não urgentes.

Este ambiente de ameaça permanente conduz à quebra de valor na saúde e cria risco de colapso. Por esta via, o carácter geral e universal fica ameaçado e os indicadores de saúde degradam-se.

O Governo tem tomado decisões políticas claras para que o sistema de saúde esteja ao serviço do cidadão e os milhões de portugueses que utilizam o SNS

sabem que este serviço público os vai atender.

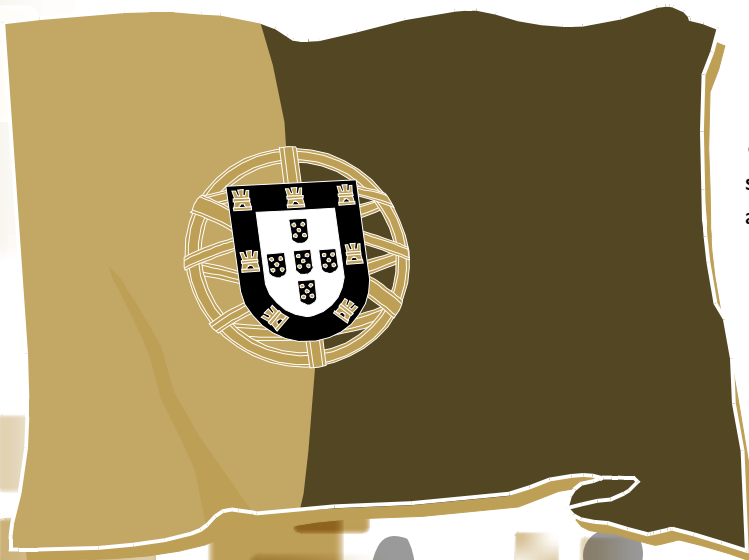
Todavia, o SNS precisa de ser libertado dos múltiplos interesses que o condicionam de forma egoísta. O País precisa destas decisões para levar a bom destino o esforço colectivo que a todos é pedido.

Além do rigor que a ajuda exterior nos impõe, temos a exigência entregar às gerações seguintes um legado livre de ónus e de compromissos insustentáveis.

É, com este propósito, que garantimos que o Governo está muito atento às implicações da crise na saúde dos portugueses e pretende monitorizar de perto estes impactos.

Sendo óbvia a degradação das condições económicas, já solicitámos o apoio da Comissão Europeia, ao gabinete do





comissário John Dali, para monitorizar os impactos da crise na saúde dos portugueses. Estamos ainda atentos aos impactos do desemprego que provoca novos desafios ao SNS e às suas vertentes de coesão social e territorial que queremos manter.

Face ao cenário de disrupção, o Governo tinha várias alternativas, mas optou por prosseguir o caminho fundado

na melhor utilização da capacidade instalada do SNS. Internalizou a realização de actos de diagnóstico mediante a capacidade instalada, optando politicamente por manter os grandes hospitais com natureza pública.

O Governo alargou a garantia de acesso aos mais desfavorecidos. Os utentes que estavam isentos do pagamento das taxas moderadoras, continuam isentos, outros obtiveram esse benefício e passaram a ter maior acesso ao

medicamento, uma medida sem qualquer paralelo no passado.

Conseguimos já introduzir ajustamentos equitativos na despesa da saúde, afectando os intervenientes mais poderosos como a indústria farmacêutica, com transferência dos rendimentos dos mais fortes para os cidadãos e para o Estado, tendo também reduzido margens comerciais como acontece nas farmácias, nas análises clínicas e na área da imagiologia.

O modelo de financiamento do SNS mantém-se solidário, através de impostos progressivos. As taxas moderadoras continuam significativamente abaixo dos 2%, cerca de 1,7% face ao número de isenções crescentes aprovadas.

Ao pretender manter e privilegiar o SNS e ao ter que assegurar a prestação de cuidados, optou-se politicamente por dotar o orçamento para 2012 de uma verba superior a 9.000 milhões de euros. A dotação adicional de 1.500 milhões de euros não se destina, contudo, às unidades nem às prestações, mas visa pagar despesas do passado.

Cumpriram-se as medidas do memorando e concretizaram-se opções sectoriais como o refor-

ço dos cuidados primários, a diminuição do peso dos hospitais, a abertura de diversos centros de saúde de Barrancos, Portimão, Baião, Mem-Martins e muitos outros, a par da abertura de unidades de saúde familiar. Em curso a reforma hospitalar, difícil mas indispensável, e a reforma de política do medicamento com aumento significativo da quota de genéricos. Destaca-se sobretudo a garantia do médico de família assegurado aos cidadãos, com recrutamento de 250 médicos de Medicina Geral e Familiar este ano para o SNS de modo a abranger cerca de 300 mil pessoas, com garantia a 3 anos de abranger mais de 1 milhão de utentes.

A sustentabilidade do SNS só é garantida se houver um conjunto de reformas estruturais na saúde. Estas reformas estão a ser feitas na área da política do medicamento, na rede dos cuidados primários e na rede hospitalar. São estes os eixos fundamentais da ação do Governo, determinados com uma aposta decisiva na promoção da saúde e na prevenção da doença, permitindo assim assegurar um Serviço Nacional de Saúde sustentável para o futuro.

As opções são difíceis. No concreto, há medidas que desagradam muitas entidades.

Há desconforto e perdas de rendimento. Mas há também propostas e alternativas que visam corrigir os desequilíbrios do Serviço Nacional de Saúde.

As fragilidades da situação corrente são por todos conhecidas e o Governo, num

ano particularmente exigente, tem procurado um equilíbrio difícil para minimizar o impacto sobre a população das restrições orçamentais complexas em que vivemos.

Importa lembrar que na área hospitalar concentrámos e reorganizámos. Abrimos novas unidades de cuidados primários e novos hospitais, como Loures e Novo Hospital de Amarante, cujo custo passámos a suportar. Introduzimos a prescrição por DCI e desenvolvemos a implementação da receita elec-

trónica, entre outros.

Desenvolvemos pensamento estratégico, profissional, sobre diversos domínios como as normas de orientação clínica, a reforma hospitalar, o internato médico, o transporte de doentes não urgentes, a informatização clínica, entre outros.

Apresentamos metas e objetivos a atingir em 8 áreas primordiais como a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Doenças

Oncológicas, Saúde Mental, Diabetes, Doenças Respiratórias e Infeção VIH/SIDA.

Apostámos na informatização, mediante legislação sobre bases de dados no SNS, a criação de uma plataforma integrada de dados de saúde entre profissionais, cidadãos e instituições, a desmaterialização da receita electrónica, o sistema de informação dos certificados de óbito, entre outros.

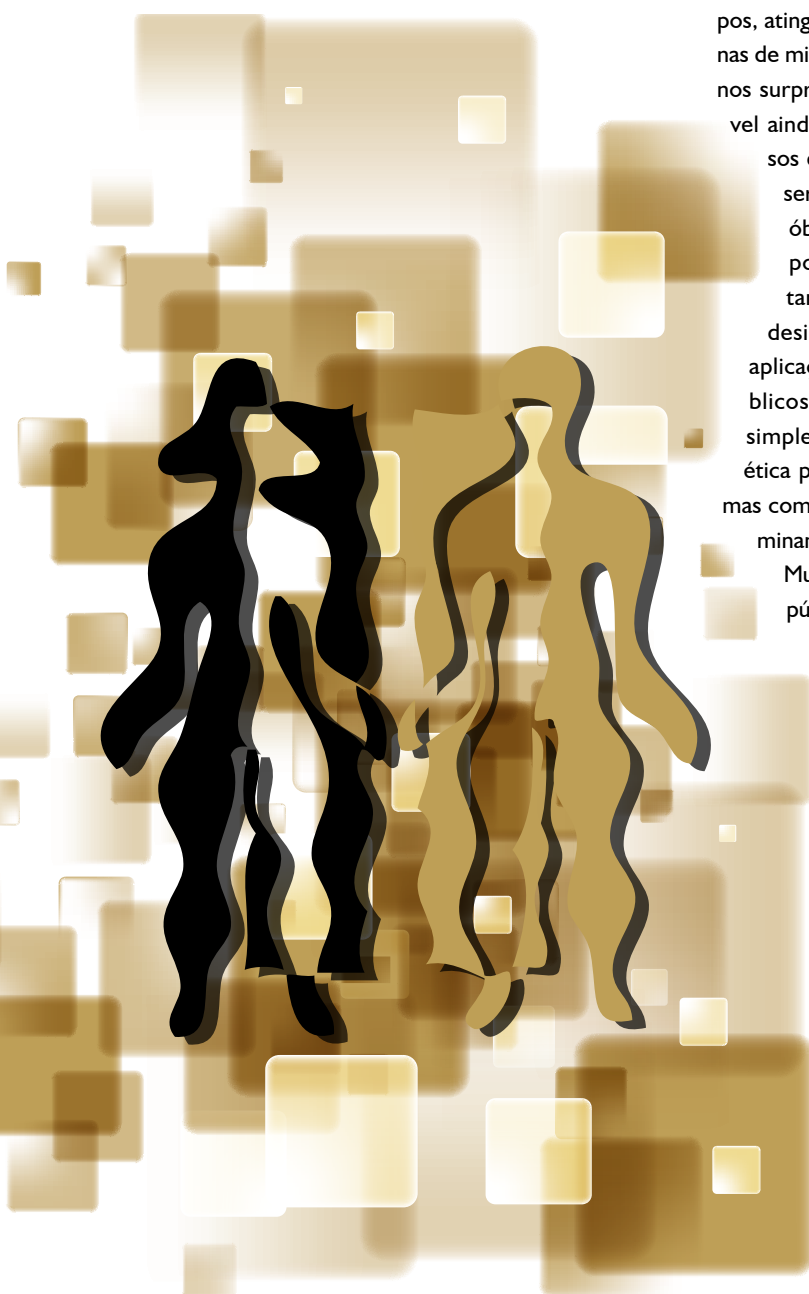
Apostámos no combate à fraude. Não nos referimos apenas às mais abjectas e primárias formas de fraude, de vários tipos, atingindo por vezes dezenas de milhões de euros, e que nos surpreenderam ser possível ainda existirem nos nossos dias e ainda por cima serem recorrentes. São óbvios casos graves de polícia. Referimo-nos também à ligeireza ou desinteresse na correta aplicação de recursos públicos. São muitas vezes simples casos de falta de ética pessoal e profissional, mas com repercussões determinantes no sistema.

Muitos fazem afirmações públicas que sabem não

ser possíveis de realizar. Vangloriam-se a fazer subir uma tensão social injustificável, lançando causas e dúvidas que sabem inúteis e desastrosas para o País.

Mas temos que prosseguir. Estamos convictos no caminho da mudança.

Não nos desviaremos das medidas necessárias para poder garantir



aos portugueses a sustentabilidade do seu mais precioso serviço público: o Serviço Nacional de Saúde.

O estafado *slogan* da visão economicista da saúde, arremessado sempre que se fala em racionalizar ou ser exigente na afectação dos dinheiros públicos que são de todos nós ou o agitar de fantasmas demagógicos como as privatizações ou de que a saúde não é um negócio é um lugar tão comum como ridículo. A saúde de facto para o Estado não é um negócio, mas tem sido um bom negócio para muitos que têm vivido indevidamente à custa do Serviço Nacional de Saúde. Contamos por isso com a exigência dos portugueses.

Só um grande nível de exigência por parte do cidadão pode fazer aquilo que nenhum governante consegue: colocar verdadeiramente o Serviço Nacional de Saúde ao seu serviço.

O Governo tem feito a sua parte!

A actual conjuntura económica do país, naturalmente difícil, exige que tenhamos compromissos claros e assumidos sobre que iniciativas se devem desenvolver. Não tenhamos ilusões. As consequências de nada fazer ou atender aos interesses individuais de todos e de cada um, seriam, sem margem para

dúvidas, bastante mais perniciosas do que o esforço a suportar pelos custos de ajustamento.

Note-se, a propósito, que fomos confrontados, com o anúncio da intenção dos Sin-

lidades médicas e reforço das carreiras no SNS, sem qualquer paralelo nos últimos anos.

Senhoras e Senhores Deputados, Em épocas de crise os sistemas de saúde estão sujeitos a pres-

convicção de que após esta fase se obtenham condições para uma melhor sociedade.

O Governo assume as suas responsabilidades.

Estamos disponíveis para dialo-



dicatos médicos, com a solidariedade da Ordem, realizarem uma greve nos dias de hoje e de 12 de julho.

Neste domínio, tendo em atenção as reivindicações dos médicos está o Governo empenhado como já o referi nesta assembleia na abertura de concursos para preenchimento de vagas de especia-

sões acrescidas.

Criando polos de atenção mediática, está em causa sobretudo a política do Governo, as condições de financiamento da economia, os sacrifícios e a degradação do nível de vida dos portugueses.

Mas está sobretudo em causa ultrapassar estas dificuldades com o esforço de todos, com a

gar e negociar com a indústria, com as farmácias, com os bombeiros, com os médicos, com os enfermeiros.

Mas uma afirmação é certa: sabemos que a saúde dos portugueses está primeiro.

(Discurso proferido na Assembleia da República pelo senhor Ministro da Saúde Dr. Paulo Macedo)

www.spgsaude.pt

SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

Para Onde Vamos?

“Numa palestra que fiz há tempos para uma plateia de candidatos a gestores que não eram profissionais de saúde comentei que a grande “chaticice” para os administradores hospitalares é que para tratar os doentes são mesmo precisos médicos e enfermeiros”

Miguel Sousa Neves

Médico e Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

Autor

Na última edição da revista escrevi: “O Governo e o Ministro da Saúde terão que saber explicar muito bem os cortes profundos e as mudanças radicais que irão operar no sector da Saúde. E, mais que tudo, terão que definir um rumo, um caminho, uma ideia geral, um projecto para a SAÚDE EM PORTUGAL. Enquanto se vão apagando fogos onde eles existem, vai ser preciso ter uma equipa a trabalhar num programa sério, honesto e realista que diga, primeiro que tudo, que tipo de saúde queremos, que tipo de apoios terão as populações e que financiamento será necessário para o caminho que se irá projectando. As parcerias público-privadas serão de manter, incentivar ou pura e simplesmente eliminar logo que possível? Os valores que estão a ser pagos a essas empresas pelos actos médico-cirúrgicos terão que ser reajustados à realidade porque em muitos casos eles estão sobrevalorizados porque foram estabelecidos com base em históricos de desperdício e mau financiamento das instituições. O Plano Nacional de Saúde e os resultados das várias comissões

que vão avaliando o funcionamento dos estabelecimentos hospitalares vão ser postos em prática sem restrições nem alterações de última hora? A constituição de mais unidades familiar (USF) fará parte dos programas de futuro?...”

Que lugar para os profissionais de saúde, especialmente médicos, no seu local de trabalho e nos órgãos decisores das Instituições? Como cativar aqueles que trabalham para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para que eles sintam que podem vestir a camisola do SNS num momento extremamente difícil para todos?...

Será que teremos que reduzir cada vez mais o número de administradores/gestores que, não percebendo das especificidades desta área tão sensível, abundam pelo SNS?

E o sector social que produz trabalho e resultados no sector da Saúde por um preço muito mais baixo do que aquilo que é pago no sector público vai continuar a ser menosprezado?...

Será dada oportunidade ao sector privado para alargar a sua área de influência numa base de sã e leal concorrência?...

E, por último, será que pode-

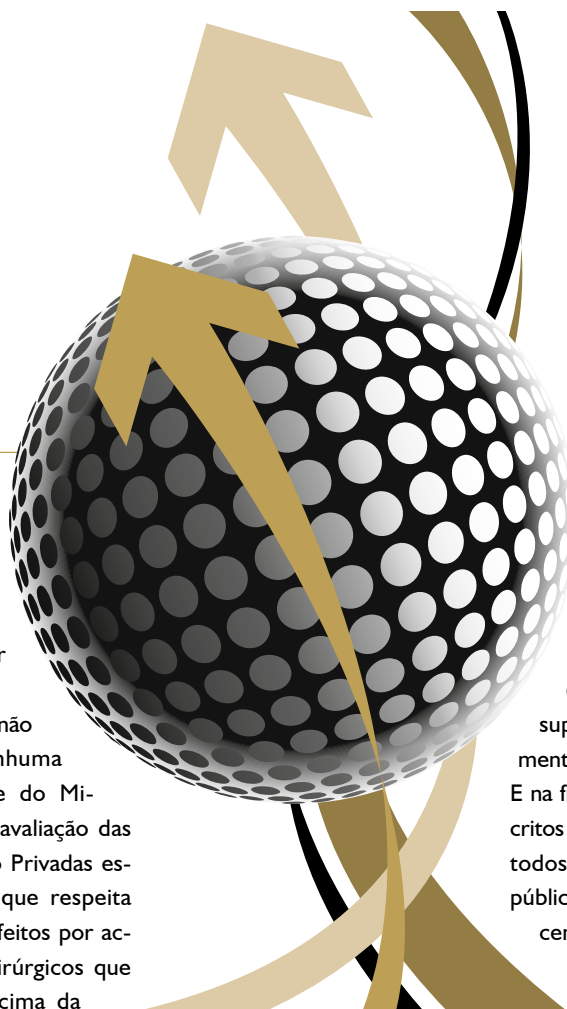
remos caminhar de uma vez por todas e sem ambiguidades para uma situação de LIVRE ESCOLHA em que o paciente poderá vir a escolher onde quer ser tratado?”

Infelizmente pouco ou nada foi feito e chegamos a um ponto em que, no momento em que escrevo este artigo, estamos a dois dias de uma greve porque o Ministério poderá não ter valorizado o facto de que qualquer reforma estrutural na saúde terá que contar com a participação activa dos seus profissionais mais especializados. Não são os gestores que contactam, que assumem responsabilidades directas e que tratam os doentes. Não são eles que sentem a dor do paciente e que vivem e convivem com os terríveis momentos da doença das pessoas. São os médicos, pela sua formação longa, um percurso de vida que obriga a uma dedicação especial e um estudo continuado e a responsabilidade maior de definir sobre o nosso bem mais precioso, que são a mais-valia ESSENCIAL num Sistema de Saúde que se quer de qualidade e a servir a população portuguesa.

Numa palestra que fiz há tempos para uma plateia de candidatos a gestores que não eram profissionais de saúde comentei que a grande “chaticice” para os administradores hospitalares é que para tratar os doentes são mesmo precisos médicos e enfermeiros.

Verificamos que neste campo a aposta do Ministério foi na adjudicação de horas a empresas que contratam profissionais de saúde sem qualquer critério de qualidade e, como o governo pede, ao preço mais baixo e que aquilo que era apenas um critério de excepção vai começando a fazer regra sem que se olhe para os MÉDICOS (e enfermeiros) que pela responsabilidade do seu trabalho mereciam contratos de trabalho por ajuste directo e individual. Como queremos que os médicos “vistam a camisola” do SNS se nem camisola lhes dão? Como querem o respeito e a colaboração dos médicos se os tratam como simples mercadoria de troca?

Penso que o senhor Ministro da Saúde que, como qualquer ser humano já terá recorrido a cuidados médicos, descuroou um pouco a relação de empa-



tia que deveria ter criado com aqueles que eventualmente irão tratar da doença de todos os que o rodeiam. Está na hora de se estabelecer um DIÁLOGO SÉRIO E HONESTO que deverá ultrapassar em muito questões salariais que, sendo importantes, acabarão por ser menores quando se conversar sobre qualidade e responsabi-

lização no sector da saúde. Para além disso, não tenho visto nenhuma acção por parte do Ministério numa reavaliação das Parcerias Público Privadas especialmente no que respeita aos pagamentos feitos por actos médicos e cirúrgicos que estarão muito acima da

realidade porque foram estabelecidos em pressupostos errados historicamente enganadores. E na fiscalização dos actos descritos pelos administrativos em todos os hospitais do sector público e daqueles que fornecem serviços ao SNS? Será que o processo funciona da maneira mais

Extracto do programa para a saúde na tomada de posse do actual governo

Objectivos estratégicos

- Continuar a melhorar a qualidade e o acesso efectivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização, quer ao nível da prestação: Pela garantia do acesso universal e equitativo, tendencialmente gratuito, aos cuidados e serviços de saúde incluídos no plano de prestações garantidas; Pela obtenção de resultados convergentes com os melhores da Europa. Garantir a sustentabilidade económica e financeira do SNS, através de um mecanismo de financiamento de base solidária, mantendo os princípios fundamentais subjacentes à sua criação;
- Fomentar um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão activa do sistema, através do reforço do exercício de liberdade de escolha dentro de regras de acesso pré-definidas e reguladas, designadamente entre os operadores públicos. O cidadão deve ser um protagonista activo no exercício do seu direito a cuidados de saúde; Aprofundar a cooperação no domínio da saúde com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

Medidas

Qualidade e acesso efectivo aos cuidados de saúde:

- Concluir os trabalhos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em perspectiva os objetivos de ganhos de saúde da população e programas nacionais e integrados;
- Garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, minimizando as actuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social

e apostando na prevenção: Reforçar o papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados Primários criando mecanismos que permitam e induzam a autonomia de gestão de cuidados primários por parte dos profissionais de saúde, entidades privadas ou sociais, mediante o aumento da oferta com racionalização de recursos; Transferir, de forma gradual, alguns cuidados actualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade, ao nível da Rede de Cuidados Primários e da Rede de Cuidados Continuados, ou mediante convenções; Aproveitar e desenvolver os meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados para instituir, por metas faseadas, uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos; Reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação que permita maior equidade territorial e uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, incluindo concentração de serviços, potenciada pela maior exigência na qualificação da gestão e na responsabilização das equipas, em todos os domínios, pelo desempenho alcançado; Rever a estratégia de gestão de recursos humanos em saúde com análise ponderada das necessidades.

Regulação do sector

- Rever as tabelas de preços pagas pelo Estado dos cuidados de saúde introduzindo mecanismos de adequação do preço ao custo da prestação de cuidados, contribuindo para a transparência e eficiência do sistema;
- Regulamentação e desenvolvimento do sector da saúde pública, com especial enfoque na actuação das Autoridades de Saúde e da aplicação de sistemas de vigilância epidemiológica;
- Promover condições que possibilitem e maximizem a investigação clínica em Portugal.

eficiente e honesta? Há pouco tempo houve um hospital central que passou a criar, com o apoio expresso da ARS da área, uma linha verde (ultrapassando as regras habituais da consulta

sector social por um preço mais baixo – por ser extremamente “rentável” no actual esquema de pagamentos. Isto é errado e prejudica o SNS se imaginarmos que nessa especialidade o hos-

pital por preço elevados, não pode – ética e moralmente – ir buscar fora cirurgias fáceis para o seu horário regular (o que será correcto é esgotar a sua capacidade no horário normal e só depois pensar em fazer cirurgias SIGIC, etc). Este ponto apenas pretende ressaltar que há ainda muito a fazer para se cortar na despesa do SNS...

E o sector social? Porque não fazer aquilo que o nosso Primeiro-Ministro disse várias vezes no passado? Recuperar a rede hospitalar do sector social que está próxima das populações e fornece serviços mais baratos que no sector público em muitas áreas e expandir essa cooperação. Nunca mais se falou na possível devolução de hospitais ao sector social e nunca foi explicada a razão.

Como está a colaboração com o sector privado? Exceptuando as Parcerias Público Privadas

que me parecem carecer de uma reavaliação urgente, séria e realista, pouco mais se tem feito nesta área.

E o objectivo de se caminhar para um sistema de LIVRE ESCOLHA por parte do cidadão, mesmo que condicionada numa fase inicial?

Penso que temos que ter um projecto, um caminho, uma luz na saúde e o senhor Ministro da Saúde, sendo uma pessoa de bem e um gestor de méritos reconhecidos, terá que anunciar qual o seu projecto global, qual a filosofia subjacente e depois não ter receio de encetar um diálogo aberto com todas as Associações que trabalham no sector da saúde com destaque para as que representam os profissionais de saúde porque NÓS COMPREENDEMOS E ACEITAMOS QUE OS TEMPOS SÃO EXTREMAMENTE DIFÍCIS PARA TODOS.



médica) para que os clínicos gerais enviassem doentes para uma cirurgia simples a ser feita no seu horário normal – sendo que a mesma pode ser feita em qualquer hospital distrital ou do

hospital continua a fazer cirurgias extra fora das horas normais de serviço a preços exorbitantes! Enquanto um determinado Serviço de um hospital central faz cirurgias fora do horário ha-

Na festa do 38.º aniversário da Juventude Social-Democrata, o **primeiro-ministro** reconheceu

ser “**perverso**” o recurso a empresas de **trabalho temporário** para resolver **necessidades per-**

manentes do Serviço Nacional de Saúde e garantiu que o Governo tem vindo a aumentar as

contratações. (retirado de uma notícia publicada no Expresso no dia 7 de julho)

Comunicado do senhor Bastonário da Ordem dos Médicos no dia 8 de Julho:

O Sr. Ministro continua a reiterar para a comunicação social uma vontade de diálogo que pouco cultivou durante seis meses. Lembra os doentes que desprezam sobranceiramente as medidas de prevenção cardiovascular que os médicos insistentemente recomendam e que só depois de terem um grave enfarte do miocárdio que os deixa às portas da morte procuram remediar desesperadamente os graves erros cometidos. Por vezes, é tarde demais. Demonstra também que o Sr. Ministro tem uma grande facilidade em falar com os jornalistas mas uma inabilidade extrema em dialogar com os profissionais de saúde e com os doentes. Talvez seja o reflexo dos seus vários assessores de comunicação, que nada acrescentam à saúde ou aos doentes, mas a quem paga principescamente, muito mais do que quer pagar a médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde ou contratualizar com as associações de doentes.

Há questões extraordinariamente relevantes em cima da mesa, mas o Sr. Ministro persiste em mistificar as mais importantes e em refugiar outras sob a capa de uma ingénua retórica política.

Revelando uma chocante frieza financeira e

insensibilidade para qualquer problema social, o Sr. Ministro continua a obstinar-se em contratar médicos a 3,96 euros à hora, como faz com enfermeiros e nutricionistas, e em levar as associações de doentes, alimentadas por um dedicado voluntariado, à falência financeira e encerramento de portas.

Como afirma o Dr. Paulo Mendo, ex-Ministro da Saúde, com toda a propriedade, “os médicos têm toda a razão em fazer greve neste contexto”. Fazem-no pelos direitos dos Doentes, pela Qualidade do SNS e pela dignidade e formação profissional dos Médicos. Fazem-no igualmente por todos os cidadãos deste país que estão a sofrer de uma “profunda desvalorização do trabalho”, parafraseando o politólogo André Freire.

Em boa verdade, o Sr. Ministro age como se não pretendesse dialogar seriamente com os sindicatos Médicos, não obstante para a comunicação social repetir à exaustão o contrário, talvez recordando a máxima de Joseph Goebbels de que “uma mentira repetida mil vezes torna-se verdade”. Num país onde quem não tem razão procura e privilegia a comunicação social, tudo vai mal.

Quem quer dialogar com seriedade fá-

-lo discretamente, nos gabinetes, nunca através do ruído da comunicação social. Sejamos claros, as pequenas propostas que o Ministro apresentou sob pressão, pouco concretas e, nalguns casos, meras inevitabilidades, não escondem que fugiu às questões essenciais e que não constituem suficiente substância para um diálogo profícuo a dois dias da greve dos Médicos.

Se o Sr. Ministro da Saúde continuar a sofrer da sua confrangedora incapacidade negocial, vai fazer transitar para o Primeiro-ministro um grave problema na Saúde.

Talvez seja necessário um mais amplo movimento de profissionais da Saúde e Doentes para o fazer compreender que os problemas da Saúde não se resolvem com simples atitudes cosméticas, rebuscadas e desleais estratégias comunicacionais ou meras operações financeiras. Está tudo nas mãos do Sr. Ministro da Saúde. Veremos se o Dr. Paulo Macedo tem as necessárias soluções ou se é apenas mais um dos muitos problemas deste Governo.

Pela nossa parte, os Médicos continuam totalmente disponíveis para um diálogo sério, honesto e com bases sólidas. Que até hoje nunca aconteceu.

Extracto de propostas do ministério da saúde entregues a entidades representativas dos médicos no dia 6 de Julho:

... Para evitar tal desenlace (greve dos médicos) que a ninguém aproveitaria, o Ministério da Saúde vem propor junto da Ordem dos Médicos o seguinte documento de compromisso:

1. A contratação de médicos na modalidade de prestação de serviços constitui um mecanismo excepcional e restringido a situações em que tenham já sido esgotados todos os mecanismos de mobilidade previstos na lei e em que se verifique uma necessidade imperiosa desses profissionais, seja para assegurar a continuidade de serviços, seja pela evidente carência da especialidade em determinada região.
A realização do Concurso Público n.º 2012/102 não coloca em causa esse regime de excepcionalidade, porquanto o recurso à prestação de serviços continua sujeita a autorização prévia por parte do Ministério da Saúde, que só será concedida quando a contratação de médicos na modalidade de prestação de serviços for o único mecanismo disponível para assegurar o bom funcionamento das instituições do SNS.
Acresce que o Concurso em causa não poderia ser anulado, sob pena de ocorrência de rupturas de serviços, já que as instituições e serviços do SNS não podem continuar a recorrer a procedimentos de ajuste direto, atenta a limitação do número de ajustes diretos prevista no Código dos Contratos Públicos. O Concurso permite também aumentar a transparência dos procedimentos, evitando que se recorra a uma proliferação de aquisições de horas sem critério.
Ainda assim, e apesar de se considerar que a segurança e a qualidade dos serviços prestados estão garantidas, foram introduzidas algumas alterações ao programa do concurso e respectivo caderno de encargos, no sentido de os tornar mais claros.
As alterações agora introduzidas são:
 - (i) Aumento do número de prestadores de serviços a serem selecionados por especialidade/por distrito, de cinco para vinte;
 - (ii) Previsão expressa de que, para a escolha do profissional mais adequado, para além do critério preço (ponderado a 50% na pontuação final), deverão ser estabelecidos critérios que permitam valorizar as respectivas competências clínicas necessárias à prestação dos serviços em causa (ponderados também a 50% na pontuação final);
 - (iii) Redução do número de horas estimado para a contratação, de 2.500 milhões de horas para 1.980 milhões de horas.Adicionalmente, o Ministério da Saúde compromete-se a assegurar que os procedimentos de contratação efetiva pelas instituições do SNS respeitam critérios de qualidade fixados conjuntamente com as organizações de médicos.
Sublinha-se ainda que com o presente Concurso Público se pretende prosseguir no esforço de racionalização e contenção no recurso à contratação em regime de prestação de serviços, na sequência do que vem sendo feito e que permitiu a redução do número de horas contratadas de 2,4 milhões de horas em 2010 para 2,2 milhões de horas em 2011, e pretendendo-se agora, para o período de um ano, que a contratação seja inferior a 1.980 milhões de horas. O Ministério da Saúde compromete-se ainda a assegurar no futuro uma redução calendarizada do recurso às prestações de serviços, por contrapartida da contratação efetiva de médicos por tempo indeterminado.
O Ministério da Saúde assume desde já que o próximo concurso para contratação de médicos na modalidade de prestação de serviços, cujo pré-aviso deverá ser publicado até ao final deste ano, terá as suas condições qualitativas fixadas conjuntamente com a Ordem dos Médicos.
2. O Ministério da Saúde tem determinado a contratação de médicos especialistas de acordo com a aplicação prática da legislação das Carreiras Médicas por parte das Instituições do SNS.
O Ministério da Saúde autorizou a abertura de concursos para o grau de consultor, estando em fase de elaboração e prevendo-se a publicação dos respetivos avisos de abertura até ao final do mês de julho.
O Ministério da Saúde propõe-se ainda a calendarizar os concursos para o grau de consultor bloqueados desde 2005.
O Ministério da Saúde calendarizará adicionalmente três novos concursos de ingresso na carreira médica, para 2012 e 2013, comprometendo-se ainda a recrutar todos os especialistas que terminem a sua formação.
3. O Ministério da Saúde dispõe-se a retomar, após a desconvocação da greve, o processo de negociação das grelhas salariais com os Sindicatos Médicos, apresentando para negociação uma tabela de 40 horas nos próximos 15 dias.
O Ministério da Saúde assegurará a aplicação integral da Contratação Coletiva das Carreiras Médicas em vigor e o respeito integral pelas determinações ministeriais relativas ao pagamento do trabalho extraordinário, do descanso compensatório e folgas.
4. O Ministério da Saúde dispõe-se a concluir, após a desconvocação da greve, uma proposta de legislação sobre o Ato Médico, a ser remetido às Ordens da Saúde, incluindo a Ordem dos Médicos, para pronúncia. Após a definição de um documento que não colida com o princípio da autonomia das profissões de saúde e mereça um amplo consenso, o Governo apresentará uma proposta à Assembleia da República.
5. O Ministério da Saúde compromete-se a fazer respeitar as competências profissionais dos médicos e o seu papel de coordenação das equipas de saúde multidisciplinares, de acordo com o perfil profissional do médico definido na legislação sobre a Carreira Médica.
6. No âmbito da elaboração da portaria relativa à prescrição por DCI, o Ministério da Saúde propõe-se incluir na legislação um modelo de receita médica que:
 - a) Observe a maior simplificação possível do processo de prescrição, nomeadamente encontrando forma de minimizar o número de receitas por utente, nomeadamente criando uma receita única para medicamentos de marca;
 - b) Possibilite que a receita médica contenha espaços nos quais o utente possa expressar com clareza a sua vontade.
7. O Ministério da Saúde dispõe-se, no âmbito das suas competências, a pugnar pela otimização da capacidade formativa dos diversos cursos de Medicina, de forma a que seja inquestionável a qualidade da formação médica pré-graduada.
Realce-se que este ano houve um congelamento do número de vagas, em resultado dos contactos ocorridos entre o Ministério da Saúde e o da Educação.
8. O processo de reorganização das listas de utentes de MGF ainda está a ser testado e brevemente irá ser publicado um conjunto de procedimentos de âmbito nacional para a atualização de listas de médicos de família, aplicável também aos processos atualmente em curso, que garantirá a intervenção dos médicos e o princípio da salvaguarda da unidade familiar, da ponderação do número de utentes em função do risco clínico e a garantia de acesso permanente dos utentes aos médicos que originalmente já os seguia. No entanto, o Ministério não deixará de prosseguir o esforço no sentido de compatibilizar o número de inscritos com a realidade populacional em Portugal e conta com a ajuda e empenhamento dos médicos para esse desiderato.
9. O desenvolvimento, aplicação e auditoria das NOC está a ser feito em parceria entre a Ordem dos Médicos e a DGS. O Ministério reitera a sua intenção de promover uma racionalização crescente dos meios, garantindo o acesso a intervenções terapêuticas com eficácia suportada por evidência científica de boa qualidade e rejeita a ideia de apoiar qualquer tipo de racionamento implícito. Já foi dito e repetido por vários dirigentes do Ministério. A associação de hospitais para a aquisição de medicamentos é um processo de compras com intenção de procura de optimização do preço, pelo efeito de escala, e não uma lista de racionamento.
10. A ERS é independente no exercício das suas funções, não dispendo o Ministério da Saúde de qualquer poder de superintendência ou de tutela que permita intervir sobre a atividade regulatória da ERS.
O Ministério da Saúde considera que as competências dos membros do conselho diretivo da ERS deverão ser diversificadas, sendo desejável que um dos seus membros seja médico.
11. O Ministério da Saúde dispõe-se a prosseguir a reforma dos CSP, tendo em conta as recomendações da Troika relativamente às USF modelo B.

O Privilégio de ser Médico e a G

Miguel Guimarães

Presidente da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos

Autor

As recentes declarações do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, médico e ex-assessor do actual Presidente da República, não são boas notícias para o SNS e para os portugueses. As suas afirmações, de que “os médicos são uns privilegiados e não querem trabalhar”, estão imbuídas de um espírito destrutivo que atenta contra o Código Deontológico da Ordem dos Médicos e o direito constitucional à greve, os quais tem o dever e a obrigação de respeitar.

Numa altura de crise social, em que todos nós portugueses nos sentimos injustiçados, e em que o bom senso ou a prudência, como preferem os juristas, deveria constituir um imperativo público, no sentido de devolver uma réstia de esperança ao nosso presente a pensar no futuro, este tipo de declarações são absolutamente inaceitáveis e por isso não toleráveis. Não é seguramente uma posição de Estado. Apenas contribuem para aumentar a indignação dos médicos e de todos os portugueses. Por muito menos, altos detentores de cargos políticos, apresentaram a sua demissão ou foram obrigados a tal.

É com muito orgulho que os médicos exercem a sua missão ao serviço da Saúde e da Vida, no respeito pela dignidade do ser humano, pela Ética Médica e pelo Código Deontológico, desempenhando uma relevante função social ao serviço do Homem e da comunidade. Neste sentido é para nós um privilégio poder servir os doentes e o País. E fazemo-lo com responsabilidade disciplinar, civil e penal, o que parece não acontecer em muitas outras actividades, como todos os portugueses bem sabem.

Para além deste privilégio, sinceramente não encontro outros. Será que o Secretário de Estado se estava a referir ao privilégio de um estudante ser médico ao fim de cerca de 13 anos após ter entrado numa Faculdade de Medicina, muito estudo, aquisição de competências específicas e prestação pública de múltiplas provas, que lhe permitem o exercício da medicina e auferir cerca de 1.850 euros brutos mensais no SNS (1.300 euros líquidos)? Ou que a progressão profissional dos médicos na Carreira Médica significa a existência de concursos e a prestação de mais provas? Ou que os mé-

dicos, como pilar essencial do SNS, são os principais responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e pelo sucesso internacional do nosso SNS? Ou que os médicos estão associados aos méritos do nosso SNS relatados pela OCDE e pela OMS? Ou que os médicos portugueses são internacionalmente reconhecidos como excelentes profissionais, e os que mais prestigiaram um serviço público em Portugal e no Resto do Mundo? Ou que é um privilégio sentir diariamente o peso da responsabilidade dos actos médicos, potencialmente, influenciarem e determinarem a vida de outros seres humanos, e que qualquer erro ou descuido pode ser fatal ou impossível de corrigir? E poderíamos continuar...

A Greve Nacional dos Médicos convocada pelos Sindicatos e apoiada pela Ordem é fundamentalmente uma questão de justiça social. Por isso, no comunicado conjunto emitido em 6 de Junho pelos Sindicatos Médicos e pela Ordem dos Médicos, se faz a defesa do SNS e dos Portugueses. É que o SNS tem sido absolu-

tamente indispensável numa sociedade que preza os direitos humanos e a dignidade das pessoas. O seu código genético, como recentemente salientou o Dr. António Arnaut, assenta no respeito pela dignidade do ser hu-



reve dos Médicos



mano, na igualdade de acesso e tratamento e na solidariedade social. Por isso, a sustentabilidade do SNS é obrigatória e um factor decisivo de coesão social.

A criação das carreiras médicas constituiu um passo essencial no sucesso do caminho percorrido pelo SNS. Nesta medida, a defesa do SNS e da qualidade do exercício da Medicina, passa pela implementação

prática e actualização das Carreiras Médicas com abertura de concursos públicos para contratação de médicos e para progressão na Carreira, pela publicação de legislação sobre o acto médico, pelo respeito pelas competências médicas e pelo papel essencial do médico como coordenador das equipas multidisciplinares de saúde, pela alteração da portaria sobre a DCI que permita aos doentes o poder de escolher o medicamento do princípio activo prescrito, pelo respeito pelas capacidades formativas das Faculdades de Medicina em defesa da qualidade da formação pré-graduada, pela participação da OM na definição de protocolos terapêuticos e de utilização de dispositivos médicos. No fundo pela defesa da dignidade dos médicos, dos doentes e do SNS. Em nome dos doentes e do País, todos temos a obrigação de manter o SNS. A começar por quem tem o poder final de decisão. Ao cuidado do Senhor Ministro da Saúde.

Nota: Artigo publicado no dia 29 de Junho no Seminário Grande Porto

Greve Nacional Médica

Carlos Arroz
Presidente do SIM

Autores

Jorge Silva
Secretariado Nacional do SIM

Os Médicos paralisam a sua actividade a partir das 0 horas do dia 11 de Julho de 2012 até às 24 horas do dia 12 de Julho de 2012, não prestando **trabalho normal, nem trabalho extraordinário também designado por trabalho suplementar** com ausência dos locais de trabalho em todos os Serviços e estabelecimentos portugueses onde os Trabalhadores Médicos exerçam funções. Os médicos portugueses vão estar em greve por dois dias.

No respeito pelos nossos doentes e no cumprimento das normas deontológicas que nos guiam, serão escrupulosamente cumpridos os serviços mínimos devidos e que são os constantes dos instrumentos de regulação colectiva do trabalho em Diário de República e em Boletim do Trabalho. Recorde-se que os serviços mínimos e os meios necessários para o assegurar são os mesmos que em cada estabelecimento de saúde se acham disponibilizados durante 24 horas aos domingos e feriados, na data da emissão do aviso prévio e que durante a greve médica, os médicos garantem a prestação dos cuida-

dos e actos de quimioterapia e radioterapia, diálise, urgência interna, os indispensáveis para a dispensa de medicamentos de uso exclusivamente hospitalar, de imunohemoterapia com ligação aos dadores de sangue, recolha de órgãos e transplantes, e de cuidados paliativos em internamento, e ainda a punção folicular que, por determinação médica, deva ser realizada em mulheres cujo procedimento de procriação medicamente assistida tenha sido iniciado e decorra em estabelecimento do SNS.

Perguntar-se-á o porquê de os médicos portugueses recorrerem ao seu direito constitucional à Greve, convocada pelos dois Sindicatos Médicos e activa e explicitamente apoiada pela Ordem dos Médicos e pelas demais associações médicas sectoriais e movimentos autónomos médicos, por Especialistas e por Internos.

E fazem-no porque se fartaram de ser interlocutores empenhados de um **Governo e um Ministério da Saúde que agem com deliberada má-fé.**

Na história do Sindicato Independente dos Médicos o pré-aviso de greve elaborado é aquele com maior número de

considerandos e de motivações para uma greve médica...

O rol de queixas dos médicos portugueses, de Norte a Sul, do Continente e das Regiões Autónomas, é vasto e contempla questões que constituem a sua **motivação para esta Greve.**

Os motivos elencados no Pré-aviso de Greve são em número de 19 e poderão ser nele consultados. Não sendo exaustivo, não poderei deixar de salientar que os médicos:

- Não aceitam a degradação do Serviço Nacional de Saúde, da qualidade do exercício técnico da Medicina e da Formação Médica e o golpe fatal na Carreira Médica, agravada com a abertura de concurso para trabalho médico à peça, sob a forma de prestação de serviços, representando 2.500.000 horas/ano, equivalentes ao trabalho de 1.700 médicos;
- Não aceitam as medidas que tendem a deteriorar a qualidade dos cuidados de saúde, agravando as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde pelos Portugueses;
- Não aceitam a lacuna legislativa referente ao acto médico, ao respeito pela Equi-

pa de Saúde e necessária hierarquia de competências;

- Não aceitam a degradação das condições de trabalho e de exercício profissional, consequente a uma lógica liberal na gestão das Unidades de Saúde, que afasta os mais experientes e capazes, que dificulta a Formação Médica contínua, pré e pós-graduada, e que desqualifica a Investigação, contribuindo para uma diminuição da qualidade;
- Não sentem que as medidas de austeridade sejam equitativas, justas e solidárias, pois o Governo mantém um Estado gastador;
- Não aceitam a desvalorização imposta ao valor do trabalho, descendo remunerações, retirando subsídios e aumentando impostos, quer no Continente quer na Região Autónoma da Madeira;
- Não aceitam a manutenção de um sistema remuneratório assente em baixos salários de base e na realização obrigatória de horas extraordinárias;
- Jamais aceitarão que membros do Governo tentem pôr a população contra os

– o Porquê

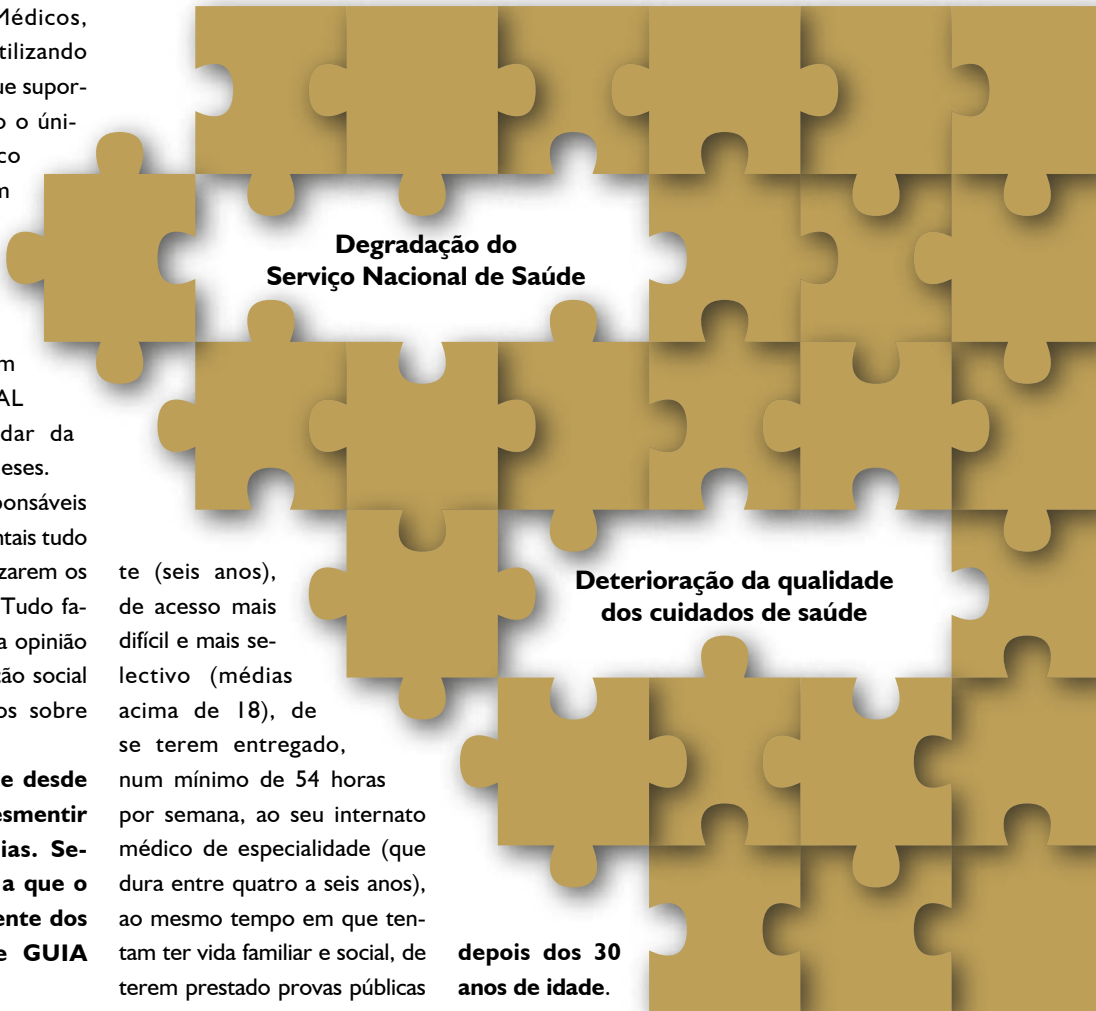
Trabalhadores Médicos, insultando e hostilizando toda uma classe que suporta com estoicismo o único serviço público português que tem o privilégio de se poder comparar internacionalmente – o SNS – e que tem como PRINCIPAL preocupação cuidar da saúde dos Portugueses.

Sabemos que os responsáveis políticos e governamentais tudo farão para descredibilizarem os Médicos e a sua luta. Tudo farão para intoxicarem a opinião pública e a comunicação social com mentiras e mitos sobre esta privilegiada classe.

Cabe-nos também, e desde já desmistificar e desmentir as esperadas calúnias. Se não vejamos aquilo a que o Sindicato Independente dos Médicos chama de GUIA ANTICALÚNIA:

Os médicos são uns privilegiados – crítica frequente para designar o deslante de terem chegado onde chegaram. Os médicos têm de facto o privilégio de terem singrado na licenciatura mais longa e mais exigente

(seis anos), de acesso mais difícil e mais selectivo (médias acima de 18), de se terem entregado, num mínimo de 54 horas por semana, ao seu internato médico de especialidade (que dura entre quatro a seis anos), ao mesmo tempo em que tentam ter vida familiar e social, de terem prestado provas públicas e transparentes ao longo do seu trajecto socioprofissional e, mais importante, de terem o privilégio de lidar com a Saúde e para ela contribuir. **A verdade é que, se tudo correr bem, um médico só será Especialista**



Degradação do Serviço Nacional de Saúde

Deterioração da qualidade dos cuidados de saúde

depois dos 30 anos de idade.

Os médicos ganham rios

de dinheiro – argumento estafado desde o tempo da Senhora Ministra da Saúde Leonor Beza, sempre seguido pelos seus sucessores quando apertados

e sem poder de argumentação, mas infelizmente pouco válido. Um médico funcionário público que trabalhe num grande Hospital e que esteja no topo da car-

reira médica como Assistente Graduado Sénior, um Cirurgião Cardiorrástico com 15 anos de Especialista por exemplo, ganha o horror de 3.089,93 euros, **ilíquidos** por mês, vencimento máximo a que pode aspirar. Claro que há quem ganhe mais! À custa de trabalho em Serviço de Urgência, às 24 horas de cada vezada, fazendo perigar a sua vida, a sua estabilidade familiar e social e, mais grave, o atendimento correcto que os doentes merecem; ou também à custa de muito trabalho em Medicina Liberal ou, ainda mais comum, à custa de múltiplo emprego. **A verdade é que a maioria dos médicos nos Hospitais auffer menos de 2.000 euros líquidos.**

Os médicos são os que ganham mais na Função Pública – erro crasso, repetido pelos Ministros e seus ajudantes, para colocar o povo a seu lado contra “aqueles malandros”. Um médico pode aspirar a ganhar, no final da sua vida activa e depois de múltiplos exames e provas públicas, o que um Senhor Juiz ou um Senhor Magistrado ganham ao fim de sete anos de exercício num Tribunal ou Comarca de 1ª Instância. Um médico nunca chegará ao vencimento de um Professor Universitário. De entre os licenciados no Estado, o médico é o funcionário com maior e mais exigente diferenciação académica e, em escala comparativa, com menor vencimento. **A verdade é que os médicos estão situados na TRU (Tabela Remuneratória Única com 115 posições) da Função Pública entre os patamares 28 e 52, isto é, no terço inferior da Tabela, quando são os que têm mais**

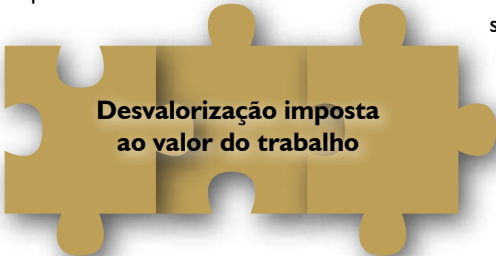
formação e mais exigência. Os médicos querem Carreira para chegarem todos ao topo – desde os tempos da Monarquia e do Fontismo que só 10% dos médicos chegam ao topo da Carreira. Os médicos aceitam e defendem que só alguns devem chegar ao topo da Carreira: os mais bem preparados e os com melhor curriculum técnico. **A verdade é que os concursos para o Grau de Consultor estão congelados desde 2005 e que muitos serviços de Saúde estão já a ser dirigidos por Assistentes sem graduação.**

Para que é que os médicos precisam de uma Carreira? – Médico é médico, para que é preciso graus e categorias? A graduação do médico é o sistema português de validação de competências inter pares. É desta validação que depende a formação dos médicos mais novos nos internatos da Especialidade. É nesta validação que assenta a classificação dos serviços como capacitados para formação, e dos médicos como idóneos para a fazerem. Inviabilizar a diferenciação técnica dos serviços de Saúde é impossibilitar a formação de

médicos Especialistas. **A verdade é que Portugal não se pode dar ao luxo de perder a formação dos seus Especialistas pois será sempre**

incapaz de competir no mercado internacional pela sua contratação.

Os médicos defendem-se e encobrem-se uns aos outros – acusação constante de serem corporativos. Quanto



Desvalorização imposta ao valor do trabalho

mais os médicos exigem para si em termos técnicos, mais defendidos estão os doentes. A responsabilidade médica é intransmissível e os seguros existentes, pagos pelo próprio médico e não pelo empregador, nunca ilibam má prática (crime). **A verdade é que os médicos são a classe profissional mais escrutinada em Portugal em termos disciplinares, cívicos e penais.**

Os médicos têm a mania de se identificarem com o SNS – E bem! Sem médicos não há Serviço de Saúde. Sem os médicos portugueses não haveria SNS. Embora os Ministros respondam sempre mais ao apelo populista e ao voto, tendendo a hostilizar os médicos, como forma de esconderem as suas fraquezas, o certo é que sabem que, sem os médicos ou contra os médicos, é impossível ter SNS. **A verdade é que o SNS é o único serviço público comparável internacionalmente e o único em que os resultados nos colocam em patamar de excelência.**

O Ministro da Saúde faz juras de querer fazer con-

tratos com médicos – da jura à praxis vai uma distância... O facto é que com este Ministro os custos com prestação de serviços médicos aumentaram. O facto é que as Entidades Públicas Empresariais preferem contratar via prestação de serviços pois poupam nos vencimentos e na taxa social única. O facto é que o Estado português consegue dar condições nos contratos que faz com os médicos estrangeiros, colombianos, cubanos, costarriquenhos) o que não dá aos médicos portugueses. O facto é que os médicos mais novos, que acabam a Especialidade, ficam a receber como internos e a ter responsabilidade como Especialistas nas Unidades de Saúde do Estado, durante um período de tempo obscuro. **A verdade é que o Ministro não cumpre o que está legislado e contratado. Os ACT não são cumpridos, a Carreira Médica é amputada nos concursos e o recrutamento de médicos para o SNS não segue as normas em vigor.**

Em suma, os médicos vão fazer greve **COMO FORMA DE PROTESTO PÚBLICO CONTRA A DEGRADAÇÃO DO TRABALHO E CONTRA A DEGRADAÇÃO DO ESTADO SOCIAL E DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, MOTIVADA POR ANOS DE DESPESISMO INCONTROLADO E DOLOSO DE SUCESSIVOS GOVERNOS E LEGISLATURAS.**

Temos perfeita noção de que vai ser um processo duro e longo.

Têm a palavra, no presente e no futuro, os médicos deste país.

4 de Julho de 2012

Notícias

Mil Estudantes de Medicina Protestam Contra Falta de Vagas para Internato

“Perto de mil estudantes de medicina concentraram-se nesta quinta-feira frente do Ministério da Saúde numa acção simbólica de protesto contra o excesso de alunos e a falta de vagas para o internato médico, fundamental para poderem exercer a profissão. Numa acção simbólica, os estudantes vestiram batas brancas e ostentavam ao peito “senhas

de espera” para poderem completar a formação em medicina. O presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), Manuel Abecassis, lamentou a “falta de articulação entre os ministérios da Saúde e do Ensino Superior”. [...]

Fonte: Público, 31 de Maio de 2012, por Agência Lusa

Hospitais do Norte Criam Central de Compras

“Catorze hospitais do norte do país criaram, pela primeira vez, uma central de compra de medicamentos que vai permitir poupar milhões de euros. Os hospitais acordaram uma lista de fármacos e a res-

petiva quantidade para cada doença, o que permite evitar a acumulação de medicamentos.

Apesar das críticas que já surgiram, o grupo de hospitais admite que o projecto é um sucesso e já há mais duas

unidades de saúde, de outras zonas do país, que querem fazer parte da central de compras.”

Fonte: RTP Notícias, 5 de Junho de 2012

Dívida do Serviço Nacional de Saúde Duplicou em Apenas Três Anos

“Entre 2008 e 2010, a dívida do Serviço Nacional de Saúde (SNS) mais do que duplicou, ascendendo a 2.904 milhões de euros no último ano, quando era ministra da Saúde Ana Jorge. Uma situação “preocupante”, considera

o Tribunal de Contas (TC) numa auditoria ao controlo da execução orçamental do Ministério da Saúde a divulgar nesta sexta-feira.

Os juizes conselheiros do Tribunal de Contas notam que cerca de 68% deste montante diz respeito a dívidas

contraídas por Entidades Públicas Empresariais (EPE) e que este valor “poderá ter de ser assumido pelo Estado, com impacto negativo no saldo das Administrações Públicas”. [...]

Fonte: Público, 8 de Junho de 2012



Utentes Manifestam “Apoio e Solidariedade” aos Clínicos

“O Movimento de Utentes dos Serviços de Saúde (MUSS) manifestou hoje o seu “apoio e solidariedade” à greve dos médicos, considerando a paralisação “justa e oportuna”.

Os médicos cumprem hoje o primeiro de dois dias de greve, durante os quais os serviços públicos de saúde vão funcionar como se fosse fim de semana ou feriado, num protesto promovido por

dois sindicatos e apoiado pela Ordem dos Médicos (OM)...”

Fonte: online, 11 de Julho de 2012, por Agência Lusa

Motivação e produtividade:

Victor M. Gil

Autor

Doutor em Medicina, Director do Serviço de Cardiologia do Hospital Fernando Fonseca

Falar de motivação, eficiência, excelência e produtividade em tempo de constrangimentos financeiros e estruturais parece, à primeira vista, uma utopia desligada da realidade em que vivemos. Há, não obstante, lugar à reflexão crítica e começa a ser um lugar comum pensar a crise como uma fase geradora de oportunidades desde que aproveitada para corrigir erros e procurar caminhos alternativos.

A procura de um melhor desempenho em termos de eficiência e rigor num qualquer sistema implica a motivação dos seus profissionais. Penso que a *motivação* depende essencialmente da interacção de três factores, a liderança, o envolvimento e a partilha. Quanto ao primeiro, existe uma enorme confusão entre “gestão” e “liderança”, quando são dois conceitos distintos cujo protagonismo deve provavelmente ser assumido de forma diferente. *Gestão* é lidar com a complexidade, através do planeamento, orçamentação, organização e alocação de recursos humanos e controlo e resolução dos problemas e *liderança* é lidar com a mudança, apontando estraté-

gias, propondo rumos, alinhando as pessoas e sendo fonte de inspiração. Numa organização de saúde como a hospitalar, com a sua complexidade mas também com a sua especificidade, a aplicação cega de modelos é, em geral, penalizadora dos desajustes estruturais e embora se reconheça aos gestores (que por o serem não transportam necessariamente nos seus genes o dom da competência) as capacidades técnicas para organizar a superestrutura, na *liderança*, os médicos devem ter um papel do maior relevo. Quando a *gestão* fala de *produtividade* geralmente refere-se a números, com particular destaque para o *número* de actos médicos praticados. No entanto, a produção dum Serviço não se esgota aí: inclui

Motivação

- Liderança
- Envolvimento
- Partilha

evidentemente a produção clínica onde o número mas também a complexidade dos actos médicos contam, a produção científica (sendo certo

que a investigação é a bandeira da qualidade dum serviço) e a pedagógica-formativa, com ensino médico informal ou formal incluindo as reuniões clínicas e o ensino pré e pós-graduado. O sistema de financiamento condiciona o modelo produtivo. Por exemplo, um sistema de financiamento por doentes saídos não estimula a implementação de tratamentos que diminuam as recidivas e os reinternamentos... Além disso, um aumento da produtividade centrado no doente, procurando melhorar a capacidade de resposta à procura, diminuindo listas de espera e tempos de permanência, poderá ser desajustado das metas contratualizadas e paradoxalmente penalizador para a instituição. É indispensável e fundamental um registo adequado dos actos consultados que deve incluir as consultas telefónicas informais, as consultorias intra-hospitalares a outros serviços, etc.. Deve existir uma definição de objectivos o mais clara e concreta possível, embora sempre condicionada pela labilidade dos movimentos de doentes e uma ponderação das actividades desenvolvidas de acordo

com a prática efectiva. O modelo de avaliação deve ter em conta a actividade do Serviço e a prestação individual, bem como os comportamentos e atitudes e a contribuição para o Ensino e a Investigação e acima de tudo tem que ser reconhecido por todos.

Partilha traduz-se pelo sentimento de que quer o êxito quer o fracasso pertencem a todos, mas é um conceito bem mais vasto que resulta dum espírito de grupo em que o todo não é o simples somatório das partes. Sendo verdade que o prestígio das instituições é geralmente aferido em função da qualidade da medicina que aí se pratica, tendo como pilares o prestígio individual do corpo clínico, a confiança pelos doentes e o reconhecimento interpares, é também verdade que o desprestígio das instituições está geralmente relacionado com ineficácia e disfunções estruturais e organizativas.

A elevada diferenciação técnico-profissional de Serviços e Médicos individuais deve merecer por parte das instituições respeito e consideração, sendo o clima de desconfiança e suspeição gerador de enorme des-

Há Ainda Lugar a Esta Reflexão?

conforto e desmotivação. Implementaram-se recentemente sistemas “disciplinadores” assentes numa base de desconfiança, de que é exemplo o sistema de videovigilância e controlo electrónico de presenças, que para além de contribuírem para uma real humilhação da classe médica, não conduzem a qualquer tipo de eficácia prática, sendo geradores de profundo descontentamento e desmotivação. No outro extremo, desenvolveram-se sistemas de incentivos (hoje suspensos) que partem de modelos totalmente desajustados de classificação individual e de Serviços, podendo perversamente prejudicar a qualidade como sublinhou James Dove, então presidente do American College of Cardiology, reflectindo sobre a experiência americana. Os ganhos em eficiência só são possíveis com os médicos, no reconhecimento pela especificidade do seu mister. Daí que a Direcção Clínica tenha um papel indispensável na liderança da organização e parceiro incontornável do processo de decisão por razões que incluem o facto de que as decisões es-

tratégicas têm implicações da maior importância no exercício da actividade clínica. É ainda essencial a atribuição de poderes reais de gestão intermédia ao Director de Serviço. Ele deve ser o organizador efectivo do trabalho médico e zelador pelo cumprimento dos planos assistenciais acordados com a gestão de topo. Motivação implica *envolvimento* e ele só se realiza plenamente, descentralizando e autonomizando os Serviços Hospitalares. Os Centros de Responsabilidade, podem ser exemplares de um modelo a seguir em muitos casos. O planeamento da actividade assistencial tem que ter em conta, em primeiríssimo lugar, as necessidades assistenciais reais da população que servimos. Esse planeamento tem que supor, em segundo lugar, que existem níveis assistenciais que têm que ser respeitados, sem o que há o risco real de sufocação institucional. Por exemplo, um doente com insuficiência cardíaca descompensada tem, evidentemente, que ter internamento hospitalar e seguimento ambulatório hospitalar até se manter estável, mas nessa fase deve passar ao

nível de cuidados mais básico, com seguimento pelo médico de família, em articulação com o nível hospitalar e não numa concha fechada em que o paro-

sobre a legitimidade de modificação de planos terapêuticos traçados em equipas multidisciplinares de alta diferenciação, são factores de desmotivação,

A Direcção Clínica tem um papel indispensável na liderança da organização

- As decisões estratégicas têm implicações no exercício da actividade clínica;
- A Direcção Clínica deve ser parceiro incontornável do processo de decisão.

É essencial a atribuição de poderes reais de gestão intermédia ao Director de Serviço

- Estabelecimento de objectivos assistenciais com a gestão de topo;
- Organização efectiva do trabalho médico;
- Descentralização / Autonomia / Centros de Responsabilidade.

xismo da desarticulação levou à proibição, promovida pela tutela e abençoada por organizações profissionais de Médicos de Família, destes passarem exames ou prescreverem fármacos que tivessem como ponto de partida a Instituição Hospitalar. A desarticulação, a sobrecarga, a inutilidade de actos que deveriam ser feitos em níveis de ambulatório de proximidade, a redundância de actos repetidos, a justificada dúvida

com evidente repercussão na produtividade e sobretudo da eficiência dos Serviços.

LEITURAS RECOMENDADAS:

- Allan Hooper, John Potter, Liderança inteligente: criar a paixão pela mudança, Actual Editora, Lisboa, 2000
- Mário Jorge Carvalho, Gestão e Liderança na Saúde, uma abordagem estratégica, Vida Económica, Porto, 2008

Marketing Hospitalar: Um

Diana Mendes
Universidade Lusíada - Lisboa, Portugal

Autores

Manuela Sarmento
Universidade Lusíada - Lisboa, Portugal

ABSTRACT

This document is mainly intended to reflect on a topic that is growing Marketing of health services – Hospital Marketing. The relevance of addressing this issue relates to a research work that is being developed in the framework of a dissertation in the areas of management. Will be treated important aspects related to Marketing such as services, employees, communication, clients and ethical issues.

KEYWORDS

Marketing; Serviço; Saúde; Cliente.

I. INTRODUÇÃO

Atendendo à conjuntura atual, aspectos relacionados com a Gestão e o Marketing são temas comuns. O Marketing é, efectivamente, um ramo importante da Gestão, citando Carvalho (2008, pág. 57), “(...) a gestão é, acima de tudo, uma prática que deve combinar habilidade (fruto óbvio da experiência) com arte (...) e também com a ciência.” A aplicação do Marketing a novos contextos tem vindo a tornar-se uma prática mais aceite em vários pontos do mundo. Portugal não é excepção e, desta forma, a reflexão que se se-

gue pretende realçar a pertinência do Marketing no contexto da prestação de serviços de saúde. Serão apresentados alguns conteúdos básicos relativos ao Marketing de serviços e sua relação com a Gestão. Só após reflectir sobre estes temas entraremos directamente naquele que pode ser considerado um paradigma em desenvolvimento – o Marketing hospitalar. Para melhor explorar esta área serão focados aspectos relativos à importância do pessoal de contacto, da comunicação dos clientes e dos aspectos éticos inerentes.

II. BREVE PERSPECTIVA SOBRE O MARKETING DE SERVIÇOS

Citando Lovelock (2009, pág.8), “Um serviço é um acto ou desempenho oferecido por uma parte a outra (...) frequentemente de natureza intangível e não resulta normalmente na propriedade de quaisquer dos factores de produção (...) cria valor e proporciona benefícios a cliente em horários e locais específicos.”

Cota (2006), ao abordar a temática dos serviços, refere aquelas que são as suas quatro **principais características**: intangibilidade, inseparabilidade,

heterogeneidade e perecibilidade. Feliciano (2010) baseada em Garcia (2006), refere que a intangibilidade é talvez a característica mais relevante e que opera maior distinção dos serviços em relação aos produtos, referindo que os serviços não podem ser vistos, sentidos ou tocados, sendo maioritariamente ações.

a) Marketing de serviços e a Gestão

Lovelock (2009), considera que o Marketing não pode ter sucesso isoladamente das outras funções que integram uma empresa de serviços, desta forma, realça a existência de uma relação de interdependência entre a gestão de Marketing, a de Operações e a de Recursos humanos. Esta relação confirma a relevância dos colaboradores da instituição perceberem a aplicabilidade do Marketing de serviços nas diversas áreas que constituem a empresa. Assim, encontramos os clientes no centro das preocupações e actividades da empresa, enquanto temos os vários sectores a trabalhar em conjunto para atingir o nível máximo de satisfação dos mesmos.

Para Vieira (2000), a integração do Marketing nas instituições

prestadoras de serviços trata-se de uma opção de investimento na diferenciação competitiva com os restantes concorrentes da mesma área. Transformar o Marketing num elemento transversal aos vários sectores da empresa é um desafio competitivo, mas geralmente compensador pelo facto de existir um contacto contínuo com o cliente ao longo da prestação do serviço.

De uma forma geral, as tarefas que se prendem com o Marketing interactivo têm o intuito de melhorar de forma direta as condições de desempenho das prestações, como por exemplo, as condições e suportes físicos da instituição prestadora de serviços, o conhecimento do pessoal de contato, assim como a gestão da participação do cliente no processo de prestação e a Comunicação inerente ao processo.

Segundo Cota (2006), o Marketing de uma empresa de serviços é essencialmente relacional e assenta em três dimensões: Marketing interno, externo e relacional. Este autor baseado em Gronröos (2004) apresenta o esquema que apresentamos na figura 1).

Assim, o Marketing externo

Paradigma em Desenvolvimento

tenta dar resposta às exigências do ambiente envolvente, o Marketing interno pretende dar resposta às necessidades dos

ação de viabilizar promessas, o Marketing externo à acção de fazer promessas e o Marketing interativo à acção de

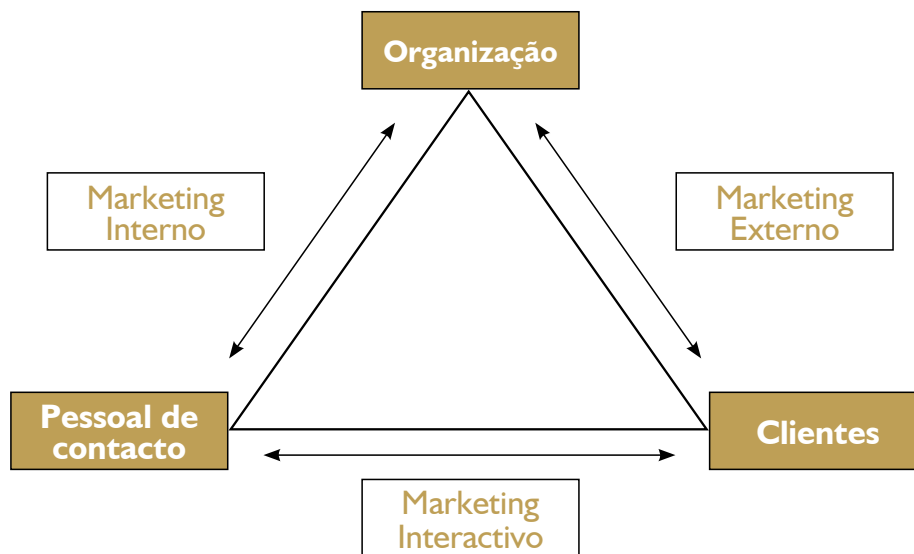
valor. É também uma era em que temos as instituições hospitalares a ingressar uma orientação para o Marketing reconhe-

desumano". Contudo, este ponto de vista está, desde há muito, desatualizado e Duncan (1992), salienta a existência de cinco principais objetivos do Marketing em saúde ou hospitalar:

- Alcançar receitas;
- Conquistar uma fatia considerável de mercado;
- Promover o crescimento da instituição;
- Incrementar a inovação à prestação do serviço;
- Promover a responsabilização pública pelos cuidados prestados (tornando-os mais públicos).

A centralização no interesse no cliente que procura uma prestação de serviços de saúde faz com que as instituições estejam cada vez mais despertas para as alterações ambientais e adquiram uma postura ética aceite pela sociedade e que globalmente integra todas as áreas de intervenção que existem num Hospital, num trabalho conjunto, organizado e coerente. Tratando-se de um mercado no qual o principal serviço é inteiramente associado ao bem-estar físico e psicológico dos clientes, a orientação de Marketing deverá organizar-se num sentido – o de compreender os desejos e necessidades reais

Figura I. Os tipos de Marketing



Fonte: Cota (2006, p. 55)

colaboradores da empresa e o Marketing relacional está compreendido na relação que se estabelece entre o cliente e o pessoal de contacto da empresa prestadora de serviços.

Por sua vez, Feliciano (2010), baseada em Gronröos (2004), acrescenta algum conteúdo a esta pirâmide de serviços, considerando que o Marketing interno poderá corresponder à

cumprir as promessas, sendo o centro da pirâmide composto pelos serviços.

III. MARKETING HOSPITALAR – ASPECTOS MAIS RELEVANTES

a) Marketing hospitalar

Para Leiderman (2007), vivemos actualmente a era do Marketing que se centra no acréscimo de

sendo assumidamente o cliente como o seu foco de negócio. Ao transpor a “ciência da troca” para o ramo da saúde e citando Scarpi (2004, pág.183) “Falar em Marketing em saúde ainda é considerado tabu. Ele é tido como uma técnica da indústria e do comércio para elevar as vendas de seus produtos e serviços, geralmente associada a um aspecto mercantilista, frio e

dos clientes, para os satisfazer – buscando incessantemente a melhor maneira de criar valor para o cliente.

Contudo, Rodrigues (2001), salienta que embora o pessoal de contacto seja importante, nem todos os momentos da verdade do serviço dependem apenas dele, o aspecto físico e o próprio ambiente do hospital também têm a sua importância no processo de prestação do serviço. Assim, os hospitais que estejam realmente preocupados com esta perspectiva de Marketing tentam aproveitar todas as oportunidades para conhecer melhor o seu cliente e atender a todas as suas necessidades e não apenas a recuperação da saúde.

Por outro lado Vieira (2000), retrata a importância das mudanças constantes das necessidades e exigências dos clientes e, especificamente no âmbito da saúde, o mercado encontra-se constituído de clientes cada vez mais informados, que buscam todo o tipo de respostas de forma autónoma ainda antes de solicitarem a prestação de cuidados de saúde. A acrescentar às mudanças em termos da postura dos clientes, Duncan (1992) refere que a noção de que os hospitais não precisam ter lucro foi abandonada e que este tipo de instituições tem que estar atenta à mudança e se não reconhecerem a importância do Marketing irão ser facilmente ultrapassadas.

Segundo Vieira (2000), a própria natureza do serviço apenas permite que este

possa ser avaliado após a sua solicitação ou compra e durante o efectivo processo de prestação. Este aspecto aplicado à saúde toca num ponto bastante sensível, pois a avaliação de um serviço que poderá ser uma intervenção cirúrgica é realizada durante o processo que por sua vez está sujeito a influência de variáveis externas, como a possibilidade de uma complicação cirúrgica ou uma descompensação de uma patologia que o cliente já tinha como antecedente pessoal e que não pode ser evitada. Todas as variáveis, pessoais do cliente e de ambiente

(nomeadamente hospitalar), podem interferir no desenvolvimento processo e, consequentemente, na avaliação do serviço prestado.

Citando Carvalho (2008, pág. 107) “A necessidade de se conhecer a vantagem competitiva no exercício da actividade em saúde decorre da evidente constatação de que os concorrentes existe (...)”. Artur Vaz (2007, pág.14) acrescenta que “a livre escolha gera concorrência entre os sectores; esta é incómoda porque nos obriga a estar sempre atentos e activos, mas é boa porque permite seleccionar (...)”. Assim,

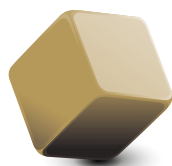
atendendo a estas duas perspectivas, o Marketing em saúde pode, sem dúvida, ser uma ferramenta preciosa para as instituições prestadoras de cuidados de saúde. O Marketing hospitalar tem início na abordagem do porteiro no hospital e vai até ao médico que executa determinado tratamento ou cirurgia, sendo de salientar a existência de um tratamento técnico, assente na aplicação de tecnologia e ciência, e outro de carácter interpessoal, assente na interação entre o cliente e todos os prestadores de serviços da instituição. Kuazaqui (2008), refere que para que



um hospital seja bem sucedido, deve estar sempre presente uma orientação para o mercado-alvo, específica para os clientes, mas que seja assente em aspetos como:

- Identificação das necessidades sob o ponto de vista do prestador de serviços;

- Sistemas de informação em saúde actualizados e completos;
- Segmentação de mercado,



através de delimitação de públicos específicos (podendo investir especificamente em determinadas áreas da medicina e não em todas);

- Portfólio de serviços diferenciados (serviços reco-

nhecidos pelo elevado nível de qualidade);

- Estratégia baseada na vantagem real;
- Atualização permanente.

Estes aspectos revelam organização e podem transforma-se em parâmetros de qualidade. Segundo Duncan (1992), algumas instituições hospitalares recriam o Marketing apenas com medidas de publicidade o que é falso e redutor. Os clientes de serviços de saúde vão querer perceber que hospital poderá satisfazer melhor as suas necessidades e neste ponto a publicidade não chega. Cobra (1987), refere que o Marketing tem vindo a “entrelaçar-se” com a área da saúde quebrando uma série de tabus, o que era impensável. O facto de um hospital praticar um plano de Marketing de forma assumida vai direccioná-lo no sentido de estudar a sua população, identificar as suas necessidades e tentar a sua satisfação da forma mais eficaz e completa possível o que é positivo para a população em geral.

Assim, nos dias que correm, confirma-se que as instituições que prestam cuidados de saúde têm que adoptar estratégias de Marketing assertivas se quiserem sobreviver e ter sucesso, dado o aumento da competitividade entre os hospitais.

Rodrigues (2001), refere que a estrutura hospitalar ideal deve espelhar-se também em hotéis, uma vez que o cliente internado deverá ter acesso a comodidades para si e, igualmente, para os seus acompanhantes. Por outro lado, mesmo as pessoas que apenas se dirigem ao hospital para uma consulta devem ter acesso a um ambiente onde se sintam bem, para tentar minimizar a aversão que a maioria das pessoas tem, habi-

tualmente, ao hospital.

Feliciano (2010), baseada em Hult e Lukas (1995) refere que a responsabilidade do processo de compra dos serviços de saúde é, actualmente, partilhada entre o profissional de saúde (prestador do serviço) e o cliente, sendo o papel e envolvimento do cliente crucial para que o serviço alcance um elevado nível de qualidade e valor – é crucial conquistar o cliente no primeiro contato, satisfazendo-o para condicionar positivamente a sua escolha no futuro. Aguiar (2005), conclui referindo que uma instituição hospitalar não deve preocupar-se apenas em prestar serviços de saúde de qualidade, mas deve também ter em conta a qualidade do próprio processo de execução estabelecendo as regras ou normas de prestação dos serviços. Posto isto, a equipa de Marketing deve mostrar ao cliente que o hospital é um local de recuperação de saúde, para promoção da vida, o que pode estar associado a conforto e bem-estar, alimentação saudável, bom atendimento e cordialidade. Scarpi (2004), refletiu sobre a existência de uma série de clínicas e hospitais privados em tempo de crise, e mesmo nesses momentos, estas instituições têm agendas cheias. Afinal, o que as distingue umas das outras? O autor coloca a questão e apresenta uma resposta simples: **o Marketing**. O Marketing é um conceito muito abrangente, nascendo da necessidade de estudar a procura e a oferta, de estudar os mercados e a melhor forma de atrair os clientes numa luta pela sobrevivência. Essa luta é vivida também nas instituições cujo *core business* são os cuidados de saúde e, se tivermos em conta que a oferta em termos

de instituições é maior e que os clientes são cada vez mais exigentes, então é nesse momento que os esforços de Marketing fazem ainda mais sentido.

Actualmente, o sucesso de uma instituição hospitalar não se limita apenas à prestação de cuidados médicos, mas à forma como são prestados. Assim, os intervenientes neste processo de prestação de serviços associados à saúde (prestadores e clientes) deverão passar a entender o Marketing como um processo de gestão, como uma forma de adquirir vantagem e de responder pronta e adequadamente às necessidades de cuidados dos clientes.

b) Pessoal de contacto

A abordagem do pessoal de contacto é uma das preocupações do Marketing hospitalar, pois influencia claramente a satisfação do cliente. Para Eiglier (2003), o pessoal de contacto tem uma dupla função, prestar um serviço ao cliente e, simultaneamente defender os interesses da empresa. Defender os interesses da empresa significa ter obrigações sob o ponto de vista dos interesses monetários e respeito pelas normas. O pessoal de contacto constitui a primeira imagem que o cliente tem do hospital e a sua eficiência em aspectos básicos de encaminhamento ou de facturação vai influenciar significativamente a percepção de qualidade criada pelo cliente. Eiglier (2003), salienta que o pessoal de contacto deverá obedecer àquilo que chama triplo cuidado:

- Reconhecimento do papel que desempenha em termos de identificação e diferenciação da instituição;
- Desenvolvimento do papel de pertença à instituição, valorizando o seu cargo;

- Análise do problema do custo do próprio pessoal de contacto.

O pessoal de contacto pode ser uma ferramenta muito importante para pôr em prática as estratégias de Marketing do hospital, ajudando na transmissão de uma imagem coesa e organizada e, simultaneamente, contribuindo de forma positiva para a qualidade do serviço prestado. Citando Eiglier (2003,

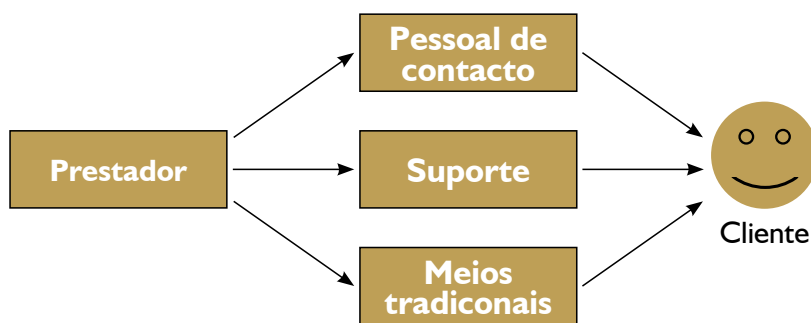
entre um emissor e um receptor.” O mesmo autor alerta-nos para a complexidade do processo de Comunicação, estando diretamente dependente da natureza da mensagem, no ambiente em que é transmitida (pela possibilidade de existência de ruído) e das próprias características individuais dos intervenientes (emissor e receptor). De forma geral, devemos considerar os **principais objecti-**

credibilidade, a confiança e a tranquilidade. Por outro lado, permite criar mensagens que induzam a compra de serviços suplementares que acrescentem valor para o cliente e aumentem a receita da empresa. Qual poderá ser a primordial conclusão? “Tudo fala numa empresa de serviços (...)” Eiglier (2003, pág. 99) – o que se confirma na Figura 2.

Este esquema pressupõe que

acrescentar valor ao serviço prestado. No entanto, existe uma vertente que pode ser considerada externa (a que se transmite ao cliente) e outra interna (associada aos próprios colaboradores da instituição). A Comunicação interna pretende a transmissão e manutenção da cultura corporativa, de valores e da missão da própria instituição. A criação do espírito de equipa que proporcione um ambiente adequado e saudável entre os colaboradores culminará num nível de serviço superior e mais consistente. Nos serviços que requerem alto contacto, como é o caso do contexto hospitalar, quase todos os colaboradores da empresa lidam directamente com o cliente sendo elementos fundamentais para a entrega do serviço. Este aspecto torna o serviço mais humano e mais personalizado, mas por outro lado, mais difícil de avaliar. Estimular a satisfação laboral entre o pessoal de contacto irá diminuir a ocorrência de erros e aumentar a possibilidade de obter um cliente mais satisfeito. No que diz respeito à Comunicação externa, podemos ter dois tipos de fonte de informação: quando as mensagens são geradas dentro da organização ou quando geradas fora da organização. Eiglier (2003), salienta outro aspecto a considerar – é o facto dos clientes, durante a prestação de serviços, comunicarem entre si e estabelecerem e partilharem ideias e informações que podem influenciar a imagem que será transmitida da instituição hospitalar. Mossberg (2000), refere que alguns estudos demonstram que um médico pode receber cerca de 45% de novos clientes por referências de outros clientes. Assim, podemos inferir que,

Figura 2. O sistema de comunicação numa empresa de serviços



Fonte: adaptado de Eiglier (2003, pág.100)

pág. 59), “O pessoal de contacto é responsável pela fidelidade dos clientes, constituindo um eixo estratégico capital para as empresas de serviços”.

c) Importância da comunicação

Teixeira (2010), refere que a Comunicação fornece os meios através dos quais se desenvolve uma organização, possibilitando a indução e implementação das acções que os gestores pretendem. Segundo Lovelock (2009, pág. 104), “Comunicação é a mais visível ou audível – e há quem diga, a mais invasiva – das actividades de marketing (...)” Citando Belch (2008, pág. 137), “A comunicação tem sido definida de várias maneiras, como a transmissão de informação, a troca de ideias e o processo de estabelecer o compartilhamento e unicidade de pensamento

vos da Comunicação enunciados por Eiglier (2003):

- Atracção: atrair novos clientes para a empresa, recorrendo a meios de comunicação externos como a publicidade ou força de vendas;
 - Fidelização: directamente voltado para os actuais clientes da empresa;
 - Modificação da procura: mobilizar a procura de serviços de forma estratégica;
 - Facilitação: facilitar a participação do cliente no processo de prestação do serviço.
- Lovelock (2009), refere que é através da Comunicação que os colaboradores de uma empresa transmitem as características e benefícios dos serviços a clientes e a potenciais clientes. A Comunicação permite criar imagens poderosas do serviço, assim como influenciam a

neste processo de Comunicação temos a empresa prestadora de serviços – hospital – como principal emissor de mensagens, estas, por sua vez, podem ser transmitidas através de três principais suportes: o pessoal de contacto, o suporte físico da instituição e os meios tradicionais de transmissão de mensagens (media).

Cota (2006), salienta que a Comunicação em serviços é ainda mais difícil, tem um papel ainda mais complicado de cumprir porque não está sustentada numa base material, havendo a necessidade de aproveitar todos os momentos de contacto com o cliente para promover uma comunicação eficaz.

Atendendo à perspectiva de Lovelock (2009), podemos considerar a Comunicação como um excelente meio de

efectivamente, a comunicação externa quando positiva proporciona benefícios para a instituição hospitalar, sendo que é de extrema importância manter o cliente satisfeito ao longo de todo o processo de prestação dos cuidados de saúde. A mesma autora refere ainda que clientes insatisfeitos com os cuidados que lhes foram prestados estão mais dispostos a mudar de prestador de serviços e a passar uma imagem negativa do que os clientes positivos a passar uma imagem positiva.

d) Os clientes

Citando Eiglier (2003, pág. 49), “Caricaturando a posição de cliente, pode dizer-se que ele procura obter o melhor serviço ao menor custo ou, se possível, sem custo nenhum.”. Tendo em conta esta definição, os responsáveis pelo Marketing de uma instituição deverão, segundo Vieira (2000), atender à necessidade de persuadir os colaboradores que prestam o serviço directamente; necessidade de participar na definição de um futuro estratégico e a necessidade de assumir uma posição central na criação e operacionalização da estra-

tégia de comunicação global da instituição. Por outro lado, Lovelock (2009), reforçou ainda a ideia de que os profissionais especializados em Marketing podem ajudar o cliente a ajustar as suas necessidades às características específicas do serviço, acabando por “educar” um pouco as suas expectativas.

Matias (2004), refere que em vez de olharmos para o cliente como alguém cujas necessidades são avaliadas pelo prestador que depois decide e controla os serviços a prestar, precisamos de começar a ter uma visão actual de que as pessoas que conhecem e compreendem as suas necessidades e são capazes de fazer escolhas quanto aos cuidados de saúde que melhor podem satisfazer as suas necessidades e expectativas. Actualmente, deparamo-nos com clientes que possuem conhecimento e capacidade de questionar e avaliar as decisões clínicas, desta forma, as acções de Marketing devem atender ao *background* so-

ciocultural, económico e educacional de cada cliente. Nesta perspectiva, uma das principais preocupações da implementação do Marketing será obter a máxima rentabilização da relação estabelecida com o cliente, promovendo uma oferta de serviços que deverá antecipar a razão que conduz o cliente até à entidade hospitalar.

Duncan (1992), refere que para além das necessidades em termos de cuidados de saúde, os clientes procuram também uma satisfação que seja de acordo com as suas expectativas e procuram, igualmente, profissionais que façam a diferença no processo de prestação de serviços através de treino e de competências diferenciais. Independentemente da variedade e diversidade de clientes que uma instituição hospitalar pode necessitar de servir, uma possível forma de apostar em estratégias de Marketing a seu favor é socorrer-se da utilização da cadeia de benefícios – este conceito é exposto

por Matias (2004) e retrata que neste tipo de prestação de serviços existe uma rede de trabalho que converge num único sentido – o de satisfazer o cliente. Tomando como exemplo um cliente que necessita de uma cirurgia num hospital, nesta situação é activada uma cadeia de serviços que pretende culminar num conjunto de benefícios para o cliente, passando pelo laboratório (que analisa e emite os resultados das análises), pela farmácia (que processa o pedido de medicação e a fornece), pelo bloco operatório e sua equipa (que efectua o procedimento cirúrgico), pelo técnico de imagiologia (que faz o raio-X requisitado pelo cirurgião), pela equipa de enfermagem (do internamento que recebe o cliente), pela nutricionista (que elabora um plano de alimentação adequado e personalizado), ou pelas administrativas (que tratam dos aspectos burocráticos relativos ao internamento e alta). Em todo este processo, vários serviços são encadeados, mas todos centrados no cliente e claramente de-



pendentes das suas necessidades e expectativas específicas. Do ponto de vista de Marketing, a coerência da imagem transmitida pelos colaboradores de áreas tão diversificadas ao cliente, irá afectar naturalmente o processo de avaliação da qualidade do serviço e, consequentemente, a sua fidelização.

O cliente vai ter um papel central no desenvolvimento do processo de prestação de serviços, desde o primeiro momento. Assim, segundo Matias (2004), é inevitável que crie algumas exigências ao longo do processo, tais como:

- Exigência de obter resultados e sob que meios o processo tem lugar;
- Exigência na definição de necessidades;
- Exigência sobre o seu envolvimento nos serviços;
- Exigência das suas expectativas serem tidas em conta.

Satisfazer um cliente não é um processo linear e citando Gronröos (2001, pág. 211), “O cumprimento das promessas é o aspecto isolado mais importante da boa qualidade dos serviços”. Com esta afirmação o autor está a focar um ponto de interesse da qualidade, precisamente a eficácia da Comunicação externa de uma instituição.

Citando Mossberg (2000, pág. 69), “O que o doente escolhe não são realmente os cuidados de saúde, a capacidade do médico para curar, mas também a forma como vai receber o tratamento e em que período de tempo (...) Quando o cliente tem alternativas de escolha. A qualidade do serviço pode ser uma vantagem competitiva, incluindo tempos de espera mais curtos”. Portanto, com clientes cada vez mais informados,

o que realmente faz sentido é que as instituições prestadoras de cuidados de saúde adquiram estratégias que promovam a sua vantagem competitiva e que salientem os aspectos que as valorizam, assim como o serviço que prestam.

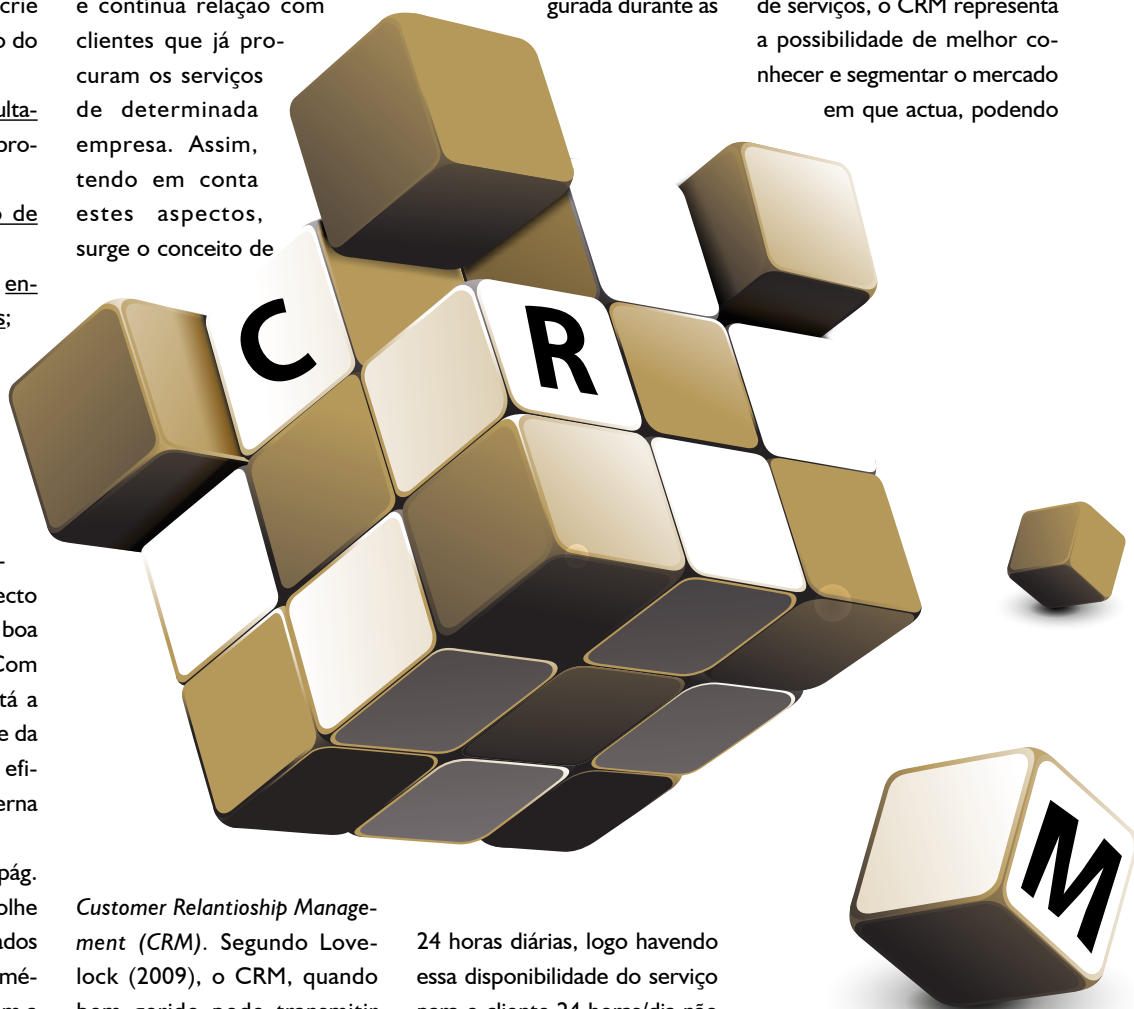
d1) Customer Relationship Management

Os esforços de Comunicação não servem apenas para angariar novos clientes, mas também para promover uma boa e contínua relação com clientes que já procuram os serviços de determinada empresa. Assim, tendo em conta estes aspectos, surge o conceito de

desenvolver a sua relação com a entidade prestadora de serviços no sentido de proceder à sua fidelização. De uma forma geral, estes relacionamentos têm que ter por base determinadas características que permitam gerar confiança, como por exemplo a credibilidade, a competência e a previsibilidade de comportamentos.

Tomemos como exemplo a realidade do hospital; neste tipo de instituição, a prestação de cuidados de saúde é assegurada durante as

dependente dos cuidados de terceiros, sentir que há continuidade transmite uma confiança que é de extrema relevância para a satisfação do cliente. Todas as técnicas e formas de actuação da empresa para gerir o relacionamento com o cliente vão condicionar a confiança que o mesmo deposita e a sua fidelização. Pelo ponto de vista do cliente, o CRM representa personalização e confiança no serviço, por sua vez, do ponto de vista da entidade prestadora de serviços, o CRM representa a possibilidade de melhor conhecer e segmentar o mercado em que actua, podendo



Customer Relationship Management (CRM). Segundo Lovelock (2009), o CRM, quando bem gerido pode transmitir uma visão integrada do cliente, o que conduz ao um conhecimento daqueles que poderão ser os serviços mais adequados a cada cliente e às suas necessidades e expectativas.

Cota (2006), refere que o desafio do CRM está em acrescentar valor aos actuais clientes e

24 horas diárias, logo havendo essa disponibilidade do serviço para o cliente 24 horas/dia não é possível que os colaboradores que prestam o serviço sejam sempre os mesmos. Temos uma equipa de vários profissionais que vão trocando os seus horários, no entanto, é crucial a transmissão e continuidade dos dados, neste tipo de contexto, em que o cliente vê a sua saúde

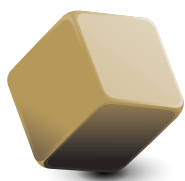
com isto melhorar a qualidade do serviço prestado e diminuir a probabilidade de errar e de perder o cliente. Lovelock (2009), salienta as várias aplicações do CRM, por exemplo:

- Possibilidade de colheita e análise de dados específicos de cada cliente;
- Automatização da força de vendas;
- Automatização do Marketing (permitindo Marketing *one-to-one*, mais económico e com um retorno de investimento mais rápido);
- Automatização da central de atendimento da empresa.

Belch (2008), é extremamente directo na sua perspectiva e afirma que a principal razão pela qual hoje em dia se está a dar mais importância à gestão da relação com o cliente é porque é, verdadeiramente, mais barato manter clientes do que conquistar novos clientes.

O mesmo autor faz referência a alguns estudos que mostram que a redução da perda de clientes em 5% poderá transformar-se num lucro futuro de 30-90%, que são valores muito significativos.

Kuazaqui (2008), refere que no contexto de prestação de cui-



dados de saúde devem ser tido em conta dois pontos de vista, para o estabelecimento da relação como cliente:

- A visão do cliente, geralmente com necessidades de apoio pelo facto de estar doente e em fase de desequilíbrio do processo saúde-doença;
- A visão dos acompanhantes, que têm uma forte ligação com o cliente obtendo uma percepção di-

ferente do que se passa com o cliente e das suas necessidades, assim como também são portadores de necessidades específicas que podem acarretar serviços adjacentes.

Mossberg (2000), completa salientado que muitas vezes o cliente pode não estar em condições de escolher a instituição prestadora de cuidados de saúde que precisa com alguma urgência e, nesse caso, será o seu familiar ou pessoa significativa que procede à selecção, pelo que é, efectivamente, relevante que a satisfação do serviço prestado e a confiança estabelecida se estenda também aos acompanhantes dos clientes.

d2) Relação de agência

Barros (2006, pág. 107), "Uma das implicações das assimetrias de informação no sector da saúde é denominada relação de agência". Este conceito é considerado relevante para a temática do Marketing hospitalar uma vez que passa pela consciente delegação de decisões de um agente noutro (que detém mais informações ou conhecimento) – o que poderá ser evidente entre médico-cliente.

Béresniak (1999), também faz referência à existência e importância desta relação e considera uma terminologia de relação Principal-Agente, na qual a identificação clara de cada um dos elementos é crucial. Geralmente, o Principal detém o poder e a maior informação em relação aos Agentes, mas de certa forma tudo dependerá de como o poder é exercido e de como a informação circula.

Por outro lado, mesmo neste contexto que pode parecer livre de qualquer crítica ou dúvida, os factores económicos mantêm-se relevantes, tanto

por parte do médico enquanto agente melhor informado (que poderá ter que atender aos gastos que a sua decisão acarreta para a instituição – no caso de ser pública, como até para o próprio cliente no caso de uma instituição de carácter privado) – todo este processo de tomada de decisão é complexo.

Matias (1995), considera que esta relação de agência que se estabelece entre o profissional de saúde e o cliente (doente) é imperfeita, essencialmente, devido a dois aspectos:

- a) A decisão do médico tem um risco moral e tem por base informações que o cliente fornece sobre o seu próprio estado de saúde, logo, na existência de dificuldade de Comunicação, todo o processo poderá estar comprometido;
- b) Uma vez que a aceitação do tratamento proposto pelo profissional de saúde é voluntário, existe a possibilidade do cliente não o cumprir.

Para todo este processo de delegação de decisão e de assimetria de informação, existe um contexto e, actualmente, o paradigma está em transformação.

e) Aspectos éticos

Geralmente o que é ilegal é também não ético, cita o exemplo da publicidade enganosa que é ilegal e também não ética. Um aspecto como este vai entrar em conflito com os princípios do código moral dos profissionais de Marketing e também transgredir o código de Ética da *American Marketing Association* (AMA). Como seria de esperar, este processo de transgressão ética é complexo e ainda possui muitas áreas consideradas cinzentas. De uma forma geral, os desejos e rumos de mercado podem alterar-se e obrigar os

gestores a adaptar as empresas de serviços às mudanças, mas os princípios éticos devem manter-se constantes.

Atendendo à perspectiva de Smith (1993), podemos considerar a existência de **dez principais questões éticas** associadas ao Marketing, nomeadamente:

- Subornos;
- Justiça;
- Honestidade;
- Preço;
- Serviço;
- Funcionários;
- Confidencialidade;
- Publicidade;
- Manipulação de dados;
- Aquisição de fornecedores.

A conduta ética em Marketing pressupõe primeiramente o cliente, acima de tudo, e depois que sejam cumpridos valores como a honestidade, confiança, respeito e justiça. Em última instância, são estes valores que permitem ao profissional de Marketing, definir as suas acções como boas ou más e certas ou erradas.

Leiderman (2007), afirma que esta questão de Marketing hospitalar é delicada por poder cruzar-se com questões éticas relevantes, pelo que toda a instituição hospitalar deverá estar sensível e ligada a esta filosofia, em cada área de prestação de serviços, em cada departamento, a preocupação deverá sempre ser criar o valor para o cliente. Esta condição pressupõe o ultrapassar de mais uma barreira, transformando o Marketing Hospitalar numa preocupação de todos os seus colaboradores e não apenas do departamento de Marketing. Ao tentar que todos os colaboradores de uma instituição se preocupem com aspectos relacionados com o Marketing, o mesmo autor refere que podem surgir três principais **tipos**

de obstáculos que se prendem com:

- A lentidão para aprender os conceitos;
- A rapidez em esquecê-los;
- A resistência organizada contra os mesmos.

Estes obstáculos poderão ser ultrapassados com a elaboração de um plano de Marketing que englobe as várias áreas do Hospital e que faça com que cada colaborador compreenda e valorize o seu papel no processo ambicioso de criar mais e mais valor para o cliente através da prestação de um serviço de qualidade. Este plano deverá assegurar que o cliente se mantém em primeiro lugar e lembrar que o cliente tem que ver assegurada a sua capacidade de adquirir informação sobre o serviço e possibilidade de escolha. Embora ainda se mantenham determinados focos de pressão para que o cliente aja de acordo com a perspectiva do profissional de Marketing. Nesta área do Marketing existem pontos de vulnerabilidade em relação ao cliente, que podem ser a diferença de idade entre o prestador e o cliente, a educação e as expectativas.

Feliciano (2010), baseada em Hoffman e Bateson (2002), refere que a ética nos negócios pode ser entendida como um conjunto de princípios que orientam o comportamento dos empresários. Assim, conclui-se que, se por um lado os negócios devem obter lucro para a empresa, por outro lado, não podem ser obtidos a qualquer custo. Este aspecto pressupõe que haja um equilíbrio entre a perspectiva da empresa e a perspectiva da sociedade onde se inclui o cliente. Se estes princípios podem ser adoptados para as mais vastas áreas de negócios, no que diz respeito à

saúde ainda assume uma relevância maior na medida em que o cliente estará mais vulnerável. Seja qual for a situação ou actuação necessária, a ética não pode ser excluída da tomada de decisão nos aspectos de gestão e economia relacionados com a saúde. Artur Vaz (2007), refere que os ramos de negócio associados à saúde exigem uma ética muito específica, por se estar a trabalhar com pessoas e com a sua saúde. Segundo o mesmo autor, o que se pretende é um equilíbrio entre a satisfação e a criação de valor para clientes, gestores e profissionais. De uma forma geral, quando o gestor suspeitar que de alguma forma alguma decisão pode não estar de acordo com os aspectos éticos, deverá recorrer a um plano de Marketing actualizado que explore as dimensões éticas.

Citando Delgado (1999, pág.145), "Aparentemente as decisões clínicas e de gestão têm, tradicionalmente, tendência para assentar em parâmetros éticos diferentes", mas atendendo a que a temática da saúde acarreta

aspectos puramente relacionados com a saúde e bem-estar do ser humano prevê-se que "Gestores e clínicos estejam condenados a entender-se" (Delgado 1999, p.145) naquele que é o contexto da prestação de cuidados de saúde.

IV. CONCLUSÃO

O Marketing tem vindo a demonstrar a sua aplicabilidade a várias áreas com mercados-alvo diferentes e, por isso, com necessidade de adaptação por parte das empresas. Com as alterações em termos do perfil dos clientes dos serviços de saúde e com as constantes mudanças em termos do Serviço Nacional de Saúde, torna-se interessante a aplicação de estratégias de Marketing na área hospitalar. Assim, prevê-se o foco das acções no acréscimo de valor para o cliente com um serviço de qualidade, individualizado e tendo em conta não só as necessidades, mas

igualmente as expectativas dos clientes. Para tal, as entidades prestadoras de serviços de saúde que queiram adquirir a sua vantagem competitiva neste mercado têm que reconhecer a importância da comunicação e do pessoal de contacto, assim como contemplar nos seus planos de Marketing estratégias como o CRM, gerindo eticamente a relação de agência inerente aos cuidados de saúde. Actualmente, com as ferramentas disponíveis e com o conhecimento por parte dos gestores, é possível utilizar o Marketing em áreas consideradas "sensíveis" como os cuidados de saúde sem transgredir os principais princípios éticos, mantendo o cliente no cerne



de todo o processo sem descuidar os interesses da instituição prestadora de serviços.

REFERÊNCIAS

1. **AGUIAR, Luciana** – Marketing Hospitalar. Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação de mestrado.
2. **BARROS, Pedro** – Economia da Saúde: conceitos

e comportamento. 1ªed. Almedina. Coimbra. 2006.

3. **BELCH, George; BELCH, Michael** – Propaganda e promoção – uma perspectiva da comunicação integrada de Marketing. 7ªed. McGrawHill. São Paulo, 2008..
4. **BÉRESNIAK, Ariel; DURU, Gérard** – Economia da Saúde. 1ªed. Cli-

mepsi. Lisboa, 1999

5. **BERNARDES, Andrea; CECILIO, Luiz** – Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *In Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 861-870,2006
6. **BORBA, Gustavo; NETO, Francisco** – Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. *In Saúde Soc. São Paulo*. Vol 17, nº1. 2008.
7. **CARVALHO, Mário** – Gestão e liderança na saúde: uma abordagem estratégica. Vida Económica 1ªed. Maia, 2008.
8. **COTA, Bruno** – Manual de Marketing de Serviços. 1ªed. Universidade Lusíada de Lisboa. Lisboa, 2006.
9. **DELGADO, Manuel; et al** – Ciclo de debates 1998/1999 – administração em saúde. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 1999
10. **DUNCAN, Jack; GINTER, Peter; SWAYNE, Linda** – Stategic management of health care organizations. PWS-KENT. United States of America, 1992.
11. **EIGLIER, Pierre; LANGEARD, Eric** – Servuc-tion: A gestão marketing de empresas de serviços. McGraw-Hill. Lisboa, 2003.
12. **EIRA, Ana** – A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados. Faculdade de Economia da Universidade de Porto. Tese de Mestrado em Economia, 2010.
13. **FELICIANO, Isabel** – Marketing em saúde: políticas & estratégias. 1ª ed. Deplano. Lisboa, 2010.
14. **GRONROOS, Christian**

– Service Management and Marketing: a customer relationship management approach. 2ªed. Wiley. New York, 2001.

15. **KUAZAQUI, Edmir; TANAKA, Luiz** – Marketing e gestão estratégica de serviços de saúde. 1ªed. Thomson Learning. São Paulo, 2008.
16. **LEIDERNAN, Eduardo; ZUCCHI, Paola** – Aplicação dos conceitos atuais do marketing para o mercado hospitalar. *In RAS*. Vol. 9, nº34. Janeiro de 2007.
17. **LOVELOCK, Christopher; WIRTZ, Jochen** – Services Marketing. 6ªed. Pearson Education Hall. U.S.A., 2009.
18. **MATIAS, Álvaro** – O mercado de cuidados de saúde. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Novembro de 1995. ISEG, no âmbito do Mestrado de Economia a Política Social.
19. **MOSSBERG, Lena; et al** – Gestão da doença & Qualidade em saúde: Lealdade e satisfação do cliente em serviços de saúde. Comissão Setorial da Saúde do IPQ. Lisboa, 2000.
20. **SCARPI, Marinho** – Gestão de clinicas médicas. Edições futura. São Paulo, 2004.
21. **TEIXEIRA, Sebastião** – Gestão das Organizações. 2ªed. Verlag Dashofer, Edições Profissionais Sociedade Unipessoal, Lda. Lisboa, 2010
22. **VAZ, Artur - Tecnologias da Saúde: Gestão, Ciência e Inovação.** Edição nº1. Set. 2007.
23. **VIEIRA, José** – Inovação e Marketing de serviços. Editorial Verbo. Braga, 2000.





Racionamento dos Recursos da Saúde Através do Estabelecimento de Prioridades

Autor: Micaela Pinho

Edição/reimpressão: 2010

Sinopse: A escassez de recursos que caracteriza os sistemas de saúde obriga à tomada de decisões de priorização que se traduzem em escolhas entre programas/serviços alternativos e/ ou entre pacientes ou grupos de pacientes. Não obstante a vigência actual do critério discricionário, pondera-se a hipótese de o racionamento ser feito através de critérios técnicos e /ou processos políticos. Conferir

ao racionamento um carácter explícito fomenta o debate em torno da dificuldade de conciliação dos objectivos da eficiência, da equidade e da pertinência do envolvimento público nas decisões. Neste contexto, o presente trabalho procura contribuir para a discussão, aliciando preferências sociais pela distribuição dos ganhos de saúde e pela autoria das decisões de priorização.



Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede O Caso Português

Autor: Rita Espanha

Edição/reimpressão: 2009

Sinopse: Esta obra apresenta as conclusões de um estudo de investigação levado a cabo pela autora com o apoio do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Calouste Gulbenkian cujo objectivo era identificar e compreender o significado das práticas quotidianas de informação e comunicação para a gestão individual da problemática da saúde, no que concerne à construção e

desenvolvimento de processos de autonomia individual no campo da saúde.

Público destinatário: Profissionais de saúde e dos media, estudantes de cursos na área da Comunicação Social e Tecnologias da Informação, leitores interessados nas diversas fontes de informação sobre saúde e medicina actualmente disponíveis na sociedade em rede.



TMQ-Qualidade: Qualidade e Saúde Numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar

Autor: Carlos Alberto da Silva, Margarida Saraiva e António Teixeira

Edição/reimpressão: 2010

Sinopse: Um mundo com qualidade é aquilo que todos desejamos nas e para as nossas vidas. Caracterizando a intervenção em saúde moldada pelo imperativo da resolução eficaz e eficiente dos problemas da saúde-doença, pela exigência de respostas interactivas no quadro dos recursos organizacionais e profissionais na qual se inscreve, fomentar e sedimentar a qualidade na prestação de cuidados de saúde se exige, em primeira e em última instância, uma transferência rigorosa das metodologias, modelos e demais lógicas pro-

cessuais da qualidade na estrutura dos cuidados de saúde, aspectos que requerem uma profunda reflexão sobre a reorganização da governança de todo o sistema de saúde.

É precisamente pela relevância da problemática da qualidade no actual contexto de mutação do mundo organizacional da saúde que aqui se apresentam algumas exposições, reflexões e situações, sistematizadas numa primeira edição temática da Revista TMQ - Qualidade, e ancoradas em perspectivas multi e interdisciplinares aplicadas à área da saúde.

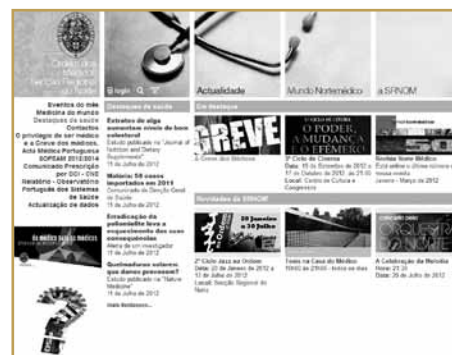
Ordem dos Médicos Secção Regional do Norte

www.nortemedico.pt

“[...] Estamos preparados para trabalhar e para rapidamente estender a nossa estratégia a nível nacional. Queremos ser consequentes com aquilo que transmitimos ao longo dos últimos dois meses e por isso traçamos como objectivo imediato a definição de uma agenda política de saúde própria para marcar o ritmo da OM. Vamos assumir posições claras em matérias essenciais para a vida dos médicos e para a saúde dos portu-

gueses, e vamos aprofundá-las em sede do CNE. Esta actividade que se quer firme e consequente terá que ter como base estudos direccionados e de matriz científica que suportem a credibilidade dos nossos pareceres. A Ordem tem que ser o exemplo maior na defesa da ética e qualidade do exercício da medicina. [...]”

Extracto da Mensagem do Presidente da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos



Prontuário Terapêutico

www.infarmed.pt/prontuario/index.php

“Uma publicação da natureza do Prontuário Terapêutico, que se propõe fornecer aos profissionais do mundo da saúde informação completa, crítica e fidedigna sobre os medicamentos disponíveis em farmácia comunitária, tem, necessariamente, de assumir um estilo e de respeitar a inovação. O estilo, conseguido ao longo de várias edições e cooptado pelos membros do Grupo de Trabalho que elabora o Pron-

túrio Terapêutico, é o de consignar as características essenciais de cada medicamento referido, fornecendo ao profissional a informação relevante para que o respectivo uso terapêutico possa ser o mais conforme com as necessidades do doente, isto é, que o medicamento prescrito seja o mais adequado para a situação clínica existente naquele paciente, do ponto de vista da sua eficácia, tolerabilidade e custo.”



Observatório Português dos Sistemas de Saúde

www.observaport.org

“O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem como finalidade proporcionar a todos aqueles, que de maneira ou outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma aná-

lise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.”



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 Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde 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 Sec-

ção 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 Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde para que um ambicioso projecto de autoria do Presidente da Assembleia-Geral fosse concretizado e que visava o alargamento da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde ao Brasil.

Infelizmente e por motivos diversos, a Sociedade Portuguesa

de Gestão de Saúde ficou quase que inactiva e sem que fosse concretizado qualquer projecto. Por sentir que a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde 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.

* 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.



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 _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

E-mail _____

Observações _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

* Quota anual de 50€

www.spgsaude.pt

