

Revista Portuguesa de
Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Novembro 2012 • N.º 8



SNS: Assegurar o Presente para Proteger o Futuro **Paulo Macedo**

Os Médicos e a Gestão Hospitalar **José Miguel Boquinhas**

Reflexão Sobre as Dificuldades e as Oportunidades na Área da Saúde **José Salgado Borges**

A Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde **Júlio Pinto da Costa**

A Intervenção do Nutricionista nos Centros de Saúde **João Lima**

Sumário

2 Estatuto Editorial

3 Mensagem
Miguel Sousa Neves

4 SNS: Assegurar o Presente
para Proteger o Futuro
Paulo Macedo

8 Os Médicos e a Gestão Hospitalar
José Miguel Boquinhas

10 Reflexão Sobre as Dificuldades
e as Oportunidades na Área
da Saúde em Portugal
José Salgado Borges

12 A Sustentabilidade dos Sistemas
de Saúde
Júlio Pinto da Costa

18 Minimização
dos Custos
em Saúde:
A Intervenção
do Nutricionista
nos Centros
de Saúde
João Lima

24 Notícias

26 Livros

27 Sites

28 Últimas
Ficha de Inscrição de Sócio da SPGS



FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 8 • Novembro 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
NWV - 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.

Mensagem



Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

*Success begins at the end of
your comfort zone.**

Miguel Sousa Neves

* O que tem sido a mensagem que tento passar nas minhas palestras sobre gestão de saúde

SNS: Assegurar o Presente para Proteger o Futuro

Paulo Macedo
Ministro da Saúde

Autor



Os portugueses beneficiaram, nas últimas décadas, de ganhos em saúde muito significativos, que permitiram uma aproximação aos padrões internacionais, superando mesmo alguns deles. Assim o demonstram os principais indicadores de saúde. Porém, os bons resultados em saúde foram obtidos com uma despesa elevada que, no final da década passada, foi superior aos de outros países com níveis de vida e resultados de saúde semelhantes. O aumento da despesa em saúde resultou por um lado de factores decorrentes da necessidade de acomodar as profundas alterações a que o sistema de saúde português foi sujeito e por outro de um conjunto de opções menos racionais e que importa por ora corrigir. A inovação se contribuiu inequivocamente para os bons resultados em saúde, também contribuiu decisivamente para aumentar a despesa. Sem acautelar sistematicamente a relação custo-eficácia foi-se desenvolvendo progressivamente uma

forte lógica de dependência. Verificaram-se profundas alterações na distribuição da população no território nacional sem que os recursos de saúde se tenham adaptado a esses fluxos populacionais. Acresce que as expectativas legítimas dos utilizadores do sistema também aumentaram, em resultado do êxito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da melhoria global da percepção da oferta em todo o sistema. Este facto gerou uma procura de cuidados que foi, em alguns casos, superior às reais necessidades e foi desajustado no tipo de oferta e na distribuição da mesma em termos territoriais.

As pressões, dos utentes e de outros *stakeholders*, para o aumento da despesa em saúde suplantaram os recursos disponíveis e o SNS gerou défices sucessivos e globais através dos seus hospitais. Uma realidade que levou ao conseqüente acumular de dívida pública no sector da saúde. As dívidas acumuladas atingiram mais de 3.000 milhões de euros em 2011 e as ameaças de suspensão de fornecimentos, agora num cenário de emergência nacional, representaram um risco real que, em alguns casos, se materializou.

Perante tal situação insustentável, já no imediato, e em face da impossibilidade de aumentar o endividamento, tornou-se imperativo ajustar a despesa à receita disponível, sem o que o SNS universal e geral deixaria de existir.

A política de saúde do XIX Governo tem como preocupação principal garantir o direito à protecção da saúde, através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral. Na conjuntura extremamente adversa que o país enfrentava quando este Governo to-

cou posse, a prioridade não podia deixar de ser assegurar a sustentabilidade do SNS, enquanto estrutura base do sistema de saúde, garantindo ao mesmo tempo a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde. A dificuldade de tal tarefa é agravada pela actual conjuntura de crise económica e financeira, que obriga a restrições orçamentais (que sempre existiram por definição) mas que actualmente limitam inexoravelmente os recursos disponíveis para a saúde. Neste contexto, a garantia do direito universal à protecção da saúde só é possível com a reforma do sistema, procurando uma nova forma de responder às necessidades dos cidadãos, de modo a encontrar soluções para a prestação de melhores cuidados com os recursos disponíveis.

O elemento central da reforma do sistema de saúde é o reforço de uma rede de prestação de cuidados integrada, que dê resposta aos problemas de saúde de forma integral, coordenada e multidisciplinar, e que deverá ter o enfoque na prevenção e nos cuidados de proximidade. A integração de cuidados é um meio para garantir mais racionalidade na prestação e utilização dos serviços de saúde, seja através da redução do número de actos e procedimentos desnecessários, seja através de um maior investimento na opção ambulatorio, ou através do processo de prestação de serviços centrado nos cuidados primários. A oferta de cuidados centrada na figura do hospital deverá dar lugar a políticas de saúde mais orientadas para os cuidados de proximidade, para a promoção da saúde e prevenção da doença. É necessário integrar a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabi-

Estratégia do Governo para a reforma do SNS

SNS público, universal e geral

Reforma
hospitalar

Aproximar os cuidados
de saúde dos cidadãos

Reforma da política
do medicamento

Desenvolvimento de
sistemas de informação

litação, rever os padrões e os critérios de referenciação de doentes, integrar a informação dos utentes, definir quem envolver no plano de cuidados e até rever os perfis de competências dos profissionais.

A estratégia que o Governo tem vindo a implementar para reformar o sistema de saúde nesta direcção assenta em quatro grandes eixos. O primeiro eixo estratégico consiste em aproximar os cuidados de saúde dos cidadãos, reforçando os cuidados primários e os cuidados continuados. Em 2012 os cuidados primários foram reforçados com a abertura de 35 novas USF de modelo A e a passagem de 29 USF de modelo A para modelo B; procedeu-se ainda à abertura de 8 USCP; iniciou-se o estudo das condicionantes para uma futura implementação das USF modelo C e o desenvolvimento do projecto-piloto relativo ao Registo Nacional de Utes. O recente acordo celebrado com os sindicatos médicos vai permitir diminuir o número de utentes sem médico de família e estamos certos que antes do final da legislatura será possível assegurar que todos

os portugueses têm um médico de família atribuído. O aumento do acesso a cuidados de proximidade tem passado também pelo aumento sustentável do número de camas de cuidados continuados, tendo sido disponibilizadas mais 400 camas. Um dos vectores de acção deste eixo será a implementação de políticas e atitudes mais proactivas para a prevenção primária – com enfoque no tabagismo, problemas ligados ao abuso de álcool, obesidade e sedentarismo e infecção pelo VIH – e para a prevenção secundária no que diz respeito à hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, VIH, cancro e perturbações na esfera da saúde mental. Outro vector essencial será a criação de espaços de intervenção local de especialidades que habitualmente não estavam presentes em Centros de Saúde, como a Pediatria ou a Cardiologia, numa lógica de consultoria ou através do reforço das teleconsultas em áreas como a Dermatologia. Todo este esforço de aproximação do SNS aos cidadãos será complementado pela progressiva generalização de meios móveis de saúde e a criação e

expansão da figura do enfermeiro de família, que deverá tornar-se, em paralelo com o crescimento de Unidades de Cuidados na Comunidade, um dos pilares vitais dos cuidados de saúde primários em Portugal.

O segundo eixo estratégico assenta numa reforma hospitalar que continue a melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, garantindo o acesso dos cidadãos aos cuidados que efectivamente necessitam.

Uma reforma que tem de assentar, em primeiro lugar, em hospitais mais eficientes. Através da realização de aquisições centralizadas, da reorganização e mobilidade dos recursos humanos, da redução do número e custo das horas extraordinárias, da reorganização do trabalho médico, da estruturação das carreiras e da formação dos profissionais, da redução dos preços dos medicamentos, da melhor utilização da capacidade instalada e de uma utilização mais racional dos hospitais foi já possível reduzir os custos operacionais dos hospitais. Em segundo lugar, é necessário adaptar a rede hospitalar às necessidades dos cidadãos.

A concentração em centros hospitalares permitiu a reorganização dos serviços, eliminando duplicações desnecessárias e libertando recursos para aumentar a produção em áreas mais carenciadas. A abertura dos novos hospitais de Loures, Amarante, Lamego, Vila Franca de Xira e Guarda con-

tribuirá para aumentar o acesso a cuidados hospitalares, aproximando estes cuidados de populações até então carenciadas, e simultaneamente evitando duplicações.

Mas a reforma hospitalar também passa por um inovador investimento político na internacionalização do nosso sector da saúde.

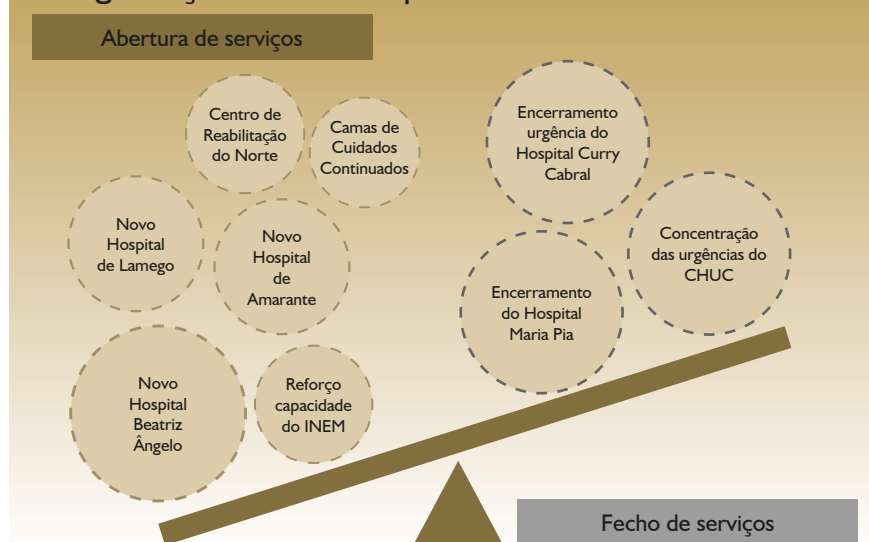
Pela primeira vez, e de forma sistematizada e empenhada, o Ministério da Saúde aposta na internacionalização dos seus serviços com vista, por um lado, a uma preparação efectiva para as consequências que decorrem da futura aplicação da Directiva de Cuidados de Saúde Transfronteiriços e por outro para a criação de novos grupos de potenciais utilizadores do SNS.

O terceiro eixo estratégico é a reforma da política do medicamento, elemento essencial para aumentar o acesso e a qualidade das terapêuticas. A generalização da prescrição por Denominação Comum Internacional e a remoção de barreiras à entrada de genéricos contribuiu para o incremento da quota de genéricos, que continuará a aumentar, reduzindo os encargos com medicamentos do SNS e das famílias portuguesas. Desta forma será possível que o acesso a medicamentos e à inovação aumente substancialmente.

A aprovação do novo regime de formação do preço dos medicamentos permitiu obter reduções substanciais nos preços dos medicamentos, que não só contribuiu para a sustentabilidade do SNS, mas também permitiram obter uma redução substancial nos encargos das famílias com medicamentos. A despesa com medicamentos em ambulatório baixou 12% nos primeiros oito meses de 2012, apesar do aumento do seu consumo, face ao período homólogo de 2011. A redução da despesa naquele período gerou uma poupança de cerca de 70 milhões de euros para o SNS, mas também uma poupança adicional de cerca de 170 milhões de euros para os restantes pagadores, que beneficiou sobretudo as famílias portuguesas. O quarto eixo estratégico é o desenvolvimento de sistemas de informação que assegurem a integração da informação dos doentes e a partilha de informação entre os vários prestadores que intervêm na prestação. Neste domínio desenvolveu-se a Plataforma de Dados de Saúde (PDS) que arrancou a 6 de Julho na região Norte e que já se encontra disponível a partir de mais de 410 unidades do SNS, o que corresponde a mais de 98% do total de unidades.

A prescrição electrónica de Medicamentos e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) permitiu detectar diversas prescrições indevidas por vários

Reorganização da rede hospitalar



A PDS é um instrumento de intercomunicação entre os sistemas de informação de cada uma das instituições de saúde, que viabiliza a visualização da informação de saúde do utente quando e onde for necessária. Dirigida aos profissionais de saúde e aos utentes, congrega um somatório potencial de toda a informação já presentemente registada sobre o utente, em cada uma das organizações isoladamente, bem como aquela que existe em sistemas centrais como sejam todos os registos da prestação na Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), do Sistema de Informação da Saúde Oral, Registos do INEM, ou receituário residente na base de dados nacional de prescrições. Isto significa uma maior capacidade de gerar conhecimento sobre cada caso clínico em particular. A PDS - Portal do Utente, funciona com um *Personal Health Record*, permitindo uma autogestão da doença, exposição a informação para a saúde e interacção com o SNS. No seu conjunto o sistema permite ao utente comunicar directamente com o SNS quer seja ao nível de dados (ex.: peso, glicemias, níveis de colesterol, etc.) quer seja pelos serviços *on-line* como o já existente *eAgenda* e sistema de *e-mail* e alertas relacionados com eventos hospitalares presentemente em desenvolvimento.

Acordo com Sindicatos Médicos

- Nova organização do trabalho;
- Estruturação das Carreiras Médicas;
- Mais horas de urgência no trabalho normal (de 12 para 18 horas);
- Trabalho normal vs trabalho extraordinário;
- Médicos de família para todos os portugueses;
- Revisão das listas de utentes;
- Mobilidade/ Descanso compensatório;
- Renovação de quadros;
- Aposta no SNS.

motivos, tais como um desvio do prescrito ao abrigo das Normas de Orientação Clínica ou por processos de fraude. Esta opção irá prevenir o reaparecimento de fenómenos idênticos, gerando poupanças significativas para o SNS. O alargamento daquela prescrição ao Medicamento dispensado em meio hospitalar, a criação de Bases de Dados para os Dispositivos Médicos, a integração da informação relativa a tratamentos de hemodiálise, cuidados respiratórios, e cuidados continuados, só para mencionar algumas áreas em que se está a avançar, irão igualmente permitir melhorar a gestão, evitar desperdícios e contribuir para a sustentabilidade do SNS. Mas, mais importante – estes trabalhos, juntamente com o desenvolvimento e implementação das Normas de Orientação Clínica – serão um instrumento fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes do SNS. Os quatro eixos estratégicos da reforma assentam em quatro princípios que orientam todas as decisões do Governo na área da saúde. O primeiro é que o sistema de saúde continuará a ter como principal pilar um SNS sustentável, assente em prestadores públicos de dimensão e diferenciados, financiado através dos impostos e de natureza solidária e progressiva.

Ao longo do último ano, a natureza pública do SNS foi mantida e até reforçada. O segundo princípio é a constante preocupação com o reforço do acesso dos mais vulneráveis aos cuidados de saúde. As medidas já adoptadas resultaram no aumento do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, sobretudo dos cidadãos mais desfavorecidos. A revisão das taxas moderadoras permitiu aumentar o número de utentes isentos em cerca de mais de um milhão. Por outro lado, no caso do transporte de doentes não urgentes, o Governo alargou as condições de acesso àqueles doentes que estão sujeitos a cuidados de saúde prolongados e continuados independentemente da sua situação económica. Mesmo os utentes não isentos de taxas moderadoras viram os seus encargos com a saúde diminuir via redução do custo dos medicamentos, o que significa que, em termos líquidos, as eventuais restrições financeiras ao acesso diminuiram no último ano: no primeiro semestre de 2012, a redução nos encargos das famílias

com medicamentos, que resultou da redução de preços que este Governo conseguiu obter com a reforma da política do medicamento, é muito superior ao aumento das taxas moderadoras. Note-se que a redução no preço dos medicamentos afecta todos os utentes, enquanto o aumento das taxas moderadoras apenas afecta os utentes não isentos, que dispõem de condições económicas que lhes permitem suportar tais encargos. Tal significa que para os cidadãos mais desfavorecidos há uma redução dos encargos com a saúde, que contribuiu para aumentar o acesso.

Tais reduções vieram no entanto possibilitar disponibilizar a todos os portugueses um vasto conjunto de outros benefícios num claro investimento da melhoria dos cuidados de saúde prestados.

O terceiro princípio orientador é que todos os ajustamentos na despesa de saúde terão de ser equitativos, distribuindo o esforço pelos diferentes intervenientes do sector e minimizando os efeitos sobre os cidadãos. As medidas de racionalização já implementadas afectaram todos os intervenientes do SNS,

sem excepção, e tal princípio será mantido durante todo o processo de reforma.

E por último, mas não menos importante, todas as reformas deverão potenciar os recursos humanos, reforçando as qualificações dos profissionais de saúde. O recente acordo com os sindicatos médicos permite estruturar as Carreiras Médicas e desenvolver novas formas de organização do trabalho que possibilitarão aumentar a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos e simultaneamente garantir a formação, maior satisfação e motivação dos profissionais de saúde.

A estratégia do Governo na área da saúde tem permitido garantir o acesso aos cuidados de saúde de qualidade que os utentes necessitam, apesar da conjuntura económica e financeira fortemente adversa. As medidas já implementadas e as que virão a ser implementadas serão suficientes para continuar a garantir o direito à protecção da saúde. No final do processo de reformas, o SNS será certamente diferente – mais eficiente e com melhor acesso – mas continuando a assegurar um SNS público, universal e geral.

Aumento de despesa em saúde em 2012/2013

- Abertura do Hospital de Loures;
- Abertura do Hospital de Lamego;
- Abertura do Hospital de Amarante;
- Abertura do novo Hospital de Vila Franca de Xira;
- Abertura de concursos para médicos;
- Contratação de enfermeiros para o quadro;
- Abertura de camas de cuidados continuados;
- Abertura de USF e de USCP;
- Programa de vacinação gratuita para população > 65 anos;
- Disponibilização do Tafamidis;
- Múltiplos investimentos em Unidades do SNS.

Medidas do Orçamento do Estado para 2013

- Reforço da oferta de Cuidados de Saúde Primários;
- Congelamento de taxas moderadoras nos Cuidados de Saúde Primários;
- Continuação do processo de regularização de dívidas;
- Abertura de concurso para os lugares do topo da carreira médica;
- Prosseguir o objectivo de lançar o Hospital Oriental de Lisboa;
- Limitação das remunerações dos novos contratos de trabalho celebrados por entidades do SNS aos valores dos existentes;
- Redução da remuneração do trabalho suplementar no SNS;
- Implementação progressiva da emissão de factura informativa com o custo dos serviços prestados aos utentes do SNS;
- Tributação adicional do álcool e tabaco.

Os Médicos e a Gestão Hospitalar

José Miguel Boquinhas
Médico, ex-Secretário de Estado da Saúde

Autor

Uma das questões que mais tem sido colocada nos últimos anos em matéria de reformas na saúde, prende-se com o papel dos médicos na gestão hospitalar, quer seja nos órgãos da gestão de topo, quer ao nível das chefias intermédias. Trata-se de uma questão da maior relevância para a organização do modelo de gestão em que o trabalho médico e a envolvimento com as matérias gestionárias são da mais elevada importância.

Nos hospitais identifica-se claramente uma dupla linha de autoridade muito característica das organizações de saúde. Uma mais formal, gestionária representada pelo órgão de administração e pelos gestores e administradores hospitalares, outra mais técnico-profissional, representada pelos médicos e seus órgãos técnicos e de direcção. Esta dupla linha de autoridade tem subjacente, muitas vezes, conflitos, nem sempre fáceis de dirimir, entre preocupações de natureza económica (em especial de controlo de custos) e preocupações técnico-profissionais de natureza ética e deontológica. O sentimento que os médicos possuem de quererem o melhor para os seus doentes, a par do desejo de reconhecimento entre os pares e perante a sociedade da sua elevada competência e capacidade profissional e tecnológica, são manifestações frequentes, legítimas e compreensíveis mas que, face à sempre necessária contenção de despesas, podem levar a situações de conflituosidade para as quais se exige grande habilidade e capacidade de mediação por parte dos gestores no sentido de escolhas equilibradas em benefício dos doentes, mas que sejam simul-

taneamente motivadoras dos profissionais de saúde e levem ao prestígio das unidades de saúde perante a comunidade onde se inserem, e ao mesmo tempo apresentem uma relação custo/benefício e custo/efectividade adequadas.

A par das preocupações com o bem-estar dos doentes e com uma prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, os médicos têm sentido desde sempre a necessidade de uma formação contínua estimulante para as suas carreiras que, infelizmente, têm sido esquecidas nos últimos anos, aguardando-se que cheguem a bom porto as negociações com as estruturas sindicais acerca desta tão importante matéria. Programas de investigação e de implementação de centros de excelência de elevada diferenciação tecnológica, em certas circunstâncias, de uma maneira racional e planeada, são importantes para o desenvolvimento do país e uma forma adequada de procurar criar nas organizações de saúde estímulos eficazes a um bom desempenho. Está, aliás, demonstrado em diversos estudos, que os hospitais que se preocupam com a investigação clínica e a formação profissional apresentam indicadores de qualidade assistencial superiores aos que não têm esse tipo de preocupações.

A par destas questões, uma das matérias que mais tem estado em cima da mesa nas discussões relativas ao papel dos médicos na gestão, prende-se com o desenvolvimento dos mais recentes conceitos relativos à governação clínica.

Inicialmente limitado às questões da boa governação dos cuidados de saúde prestados aos doentes na vertente da qualidade

assistencial, o conceito de governação clínica foi-se estendendo até à área da gestão naquela interface entre as duas linhas de autoridade, numa relação mais estreita com a *corporate governance* falando-se mesmo na chamada *integrated governance*.

Na sua origem, os conceitos de *clinical governance* estão “intimamente associados à função de regulação, exercendo-se, em larga medida, no cumprimento dos objectivos e *standards* definidos pela entidade tutelar e entendidos como níveis mínimos de qualidade de desempenho clínico (*standards* essenciais) ou a atingir num prazo determinado (*standards* de desenvolvimento)”.

Os modernos conceitos de governação clínica, são assim encarados como “um conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de assegurar a melhoria contínua na forma como o hospital cuida e trata os seus doentes, no modo como presta contas à comunidade e à tutela e na eficiência como administra os recursos que lhe são confiados”.

É esta ideia na procura de uma maior eficiência na forma como os profissionais administram os recursos que lhes são disponibilizados, que faz toda a diferença no modo como hoje deve ser encarada a gestão hospitalar e na relação mais estreita que deve existir entre o órgão de gestão dos hospitais e os profissionais mais directamente ligados à prestação de cuidados.

Podemos deste modo afirmar, que o papel do médico na moderna gestão hospitalar apresenta duas vertentes que se inter-relacionam entre si e que hoje em dia não devem excluir-se. Por um lado, a sua vertente natural, a prestação de cuidados de saúde



de acordo com o estado da arte e dos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão médica. Por outro lado, as preocupações que hoje não devem ser excluídas do comportamento médico, e que se prendem com a necessidade de cuidar dos doentes de acordo com a sua consciência dentro dos referidos princípios, mas tendo em conta que os recursos são escassos e devem ser utilizados de uma forma racional, ou seja, com a melhor relação custo/benefício e custo/efectividade possíveis. A racionalização da forma como se utilizam os recursos, sempre escassos, deve estar presente na mente do médico. É bom lembrar a propósito da recente polémica acerca do parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que a racionalização deve ser o caminho a prosseguir, embora o racionamento seja utilizado em saúde sempre que o poder político pretende reduzir a despesa, sendo as listas de espera uma forma habilidosa e clássica do princípio do racionamento e a redução do número de medicamentos comparticipados pelo Estado outra forma bem conhecida de aplicação desse princípio.

Dito isto, parece-nos evidente que o papel do médico na moderna gestão hospitalar é

determinante para a boa evolução da despesa em saúde, e é com os médicos que as administrações hospitalares devem contar para conseguir uma redução da despesa efectiva de uma forma racional. Existe hoje evidência que os hospitais onde os médicos estão profundamente empenhados na gestão e bem articulados com as administrações, são mais eficientes do que aqueles onde esse empenhamento não se faz sentir, havendo mesmo evidência de que a presença dos médicos nos órgãos de administração é altamente benéfica para as organizações e para a melhoria da eficiência, devido ao profundo conhecimento das estruturas e mecanismos hospitalares, e de um diálogo mais fácil e compreensivo entre pares.

Diversos instrumentos podem ser utilizados de modo a conseguir-se uma maior eficiência com a colaboração dos médicos. Desses, os mais importantes são a contractualização interna em que aos médicos se exige o cumprimento integral de diversos objectivos de produção e de qualidade a partir de determinados indicadores predefinidos, e a organização do trabalho médico tendo em conta as necessidades de cada unidade funcional alocando os recursos de

acordo com essas necessidades de modo a que sejam os estritamente necessários ao cumprimento dos referidos objectivos. Por fim, parece-nos também importante que o presidente da comissão de farmácia e terapêutica seja o director clínico ou um médico que faça parte do conselho de administração. Quando assim acontece, existe uma maior preocupação e cuidado com a entrada de novos medicamentos, e com o alargamento de indicações terapêuticas em determinadas patologias onde o seu efeito pode ser duvidoso. Ainda uma questão aparentemente menor mas relevante, tem a ver com as comissões de escolha dos consumíveis e equipamentos médicos para as quais é absolutamente determinante implicar os médicos, a par do pessoal de enfermagem consoante as circunstâncias, para escolhas de acordo com a melhor relação preço/qualidade.

Por razões que se prendem com a linha de autoridade técnico-profissional própria dos médicos, nem sempre os gestores e administradores hospitalares estão nas melhores condições para conseguirem ganhos de eficiência sem a sua colaboração, pelo que, quem não entenda isto, irá ter muitas dificuldades em atingir esse objectivo.

Reflexão Sobre as Dificuldades e na Área da Saúde em Portugal

José Salgado Borges
MD, PhD, FEBO, (Director do Serviço de Oftalmologia do CHEDV - Feira)

Autor

Vivemos hoje um período em que tudo o que se passa à nossa volta parece estar prestes a se desmoronar, caminhando-se a passos largos para o abismo.

A Saúde parece não escapar a esse destino. Se, por um lado, os tempos actuais e os que se avizinham são repletos de interrogações e dificuldades, não poderemos deixar de realçar que terá sempre de haver maneira de se poderem resolver as contrariedades; por outro lado, deveremos aproveitar as oportunidades, pelo que será fundamental não as deixar escapar.

No âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) as principais adversidades com que nos deparamos hoje são as limitações orçamentais no que diz respeito a recursos humanos e técnicos, assim como a motivação dos profissionais da saúde e a satisfação dos doentes. As contratualizações, em moldes cada vez mais restritivos, impedem muitas vezes os Serviços de contratar os profissionais mais capazes e muitas vezes imprescindíveis para se levarem a cabo projectos onde já foram gastos muitos milhões de euros e que permitiriam o cumprimento de objectivos assistenciais básicos tais como o atendimento, a realização de tratamentos e a execução de cirurgias em tempos aceitáveis. Compreendemos que nem sempre é fácil actuar globalmente num sistema tão heterogéneo e abrangente como o actual, mas achamos que é fundamental ter a sensibilidade para considerar as características peculiares de cada instituição e manter motivados os profissionais e satisfeitos os doentes.

É imprescindível uma actualização condigna

dos vencimentos por forma a ter profissionais que não se envergonhem do que ganham e que deixe de ser necessário recorrer a tantas horas extraordinárias; só assim deixará de se assistir a uma debandada geral dos mais capazes e sua substituição pela contratualização dos mais novos (por uma bagatela), que no actual mercado de trabalho não têm alternativa. Mas é também imprescindível que se proceda a um preenchimento das vagas nos locais mais periféricos, não apenas com médicos isolados mas com verdadeiras equipas funcionais.

Uma mais valia do SNS são os recursos técnicos instalados em muitas das actuais instituições, nomeadamente em áreas como os Cuidados Intensivos, Técnicas de Imagem Diferenciadas, Cirurgias de Intervenção, Transplantação de Órgãos e Tecidos, etc., que são um bem precioso que não deve ser ignorado e não pode ser desperdiçado.

Assim, é necessário ter o discernimento para dimensionar correctamente os serviços e aproveitar as excelentes capacidades humanas e técnicas existentes num Serviço de Saúde do qual nos deveremos orgulhar quando comparado com o que se passa em muitos países europeus e americanos já para não falar nos africanos ou asiáticos.

Para reflexão, apenas um exemplo de prioridade assistencial no âmbito da Oftalmologia, na minha opinião mal definido, e que obviamente poderá ser transposto para qualquer outra área no âmbito do SNS. Em nenhum país europeu, excepto Portugal, se realizam cirurgias refractivas laser nos respectivos serviços nacionais de saúde. Apenas será aceitável, como na França, Alemanha ou Inglaterra, o recurso a essa tecno-

logia com a finalidade de ensino ou investigação e apenas em instituições com peculiaridades muito específicas. Não é assim admissível a utilização de muitas centenas de milhares de euros em recursos técnicos e humanos na cirurgia refractiva laser, no âmbito do SNS, em detrimento das prioridades assistenciais da Oftalmologia que são a Retinopatia Diabética, o Glaucoma, a Prevenção da Ambliopia nas Crianças e a DMI, mas nunca a resolução com laser dos erros refractivos, quase sempre corrigíveis com óculos ou lentes de contacto.

Cada vez mais teremos não só que combater e evitar o desperdício mas também controlar de forma correcta os gastos aproveitando de forma adequada os recursos humanos e técnicos existentes. Será também necessário simplificar a orgânica e as exigências de ordem administrativa por forma a desburocratizar e tornar os serviços mais ágeis e eficazes.

Por fim, ao contrário de outras áreas de actividade, infelizmente à Saúde praticada no SNS não faltam doentes/clientes. Se cada vez mais é preocupação do Estado gastar o menos possível com a Saúde, se se conseguir manter a população relativamente satisfeita com os cuidados prestados os governantes obterão uma importante base de apoio, fundamental para se manterem ou em alternativa chegarem ao poder.

O P O

as Oportunidades



OPORTUNIDADES

No que diz respeito aos Serviços de Saúde Privados para eles também não se prevêem tempos fáceis se se tiver em conta as orientações da chamada *troika*. Adivinha-se a curto ou médio prazo o fim efectivo ou a alteração de forma radical do financiamento dos cuidados prestados aos utentes da ADSE e de outros subsistemas, que são actualmente um pilar importante de sustentação das unidades de saúde privadas. Também os seguros de saúde têm que se tornar mais apelativos e competitivos, assistindo-se nos dias de hoje, devido às dificuldades económicas gerais, à dificuldade que muitos tomadores de seguros de saúde têm em manter activos os seguros pré-existent. Ainda relativamente aos seguros

deles o seguro caduca; e se der despesa “exagerada” (por exemplo, duas ou mais cirurgias consecutivas), mesmo que em novo, provavelmente o seguro poderá ser cancelado. Por outro lado, todos os intervenientes da área da saúde no nosso país, desde os governantes e gestores aos prestadores dos cuidados de saúde deverão estar atentos, a curto/médio prazo, para a chegada e instalação entre nós de grandes grupos estrangeiros, nomeadamente brasileiros e espanhóis, com larga experiência no sector. Todos deveremos estar preparados para os eventuais perigos mas também para as oportunidades óbvias decorrentes de tal acontecimento.

de saúde, julgo ser importante uma revisão da legislação/política actual – neste momento praticamente só cobrem indivíduos que não dão despesa; quando chegam a idade em que há maior risco de problemas de saúde (pelos 60-65 anos) em muitos

Os Serviços de Saúde Privados poderão ainda beneficiar claramente com a ineficácia do SNS e, no que diz respeito à contratação dos profissionais, poderão contar com a desmotivação e falta de oportunidades nos Serviços de Saúde Estatais para captarem para as suas fileiras técnicos de saúde experientes e competentes. No entanto, por forma a manter as margens de lucro desejadas os gestores dos hospitais privados serão tentados a manter os profissionais ao mais baixo custo possível, para poderem ser competitivos na oferta, tornando-se nalguns casos nos já designados “Supermercados da Saúde”.

Contudo, julgo que os Hospitais e Clínicas Privadas terão agora uma óptima oportunidade se conseguirem ser reconhecidos pela diferenciação e possuírem nos seus quadros médicos prestadores de referência, em áreas específicas tais como acontece com determinados tipos de cirurgia, exames ou tratamentos mais diferenciados. Isto aliás já sucede pontualmente, tanto em relação a alguns hospitais como a médicos com actividade autónoma. Será este, no meu ponto de vista, um excelente cartão de visita para que, uma unidade privada de cuidados de saúde com estas características seja procurada, identificada e escolhida como “Unidade de Referência” pelos doentes.

Em conclusão, torna-se imprescindível que todos os intervenientes na área da saúde estejam atentos para as dificuldades mas também para as oportunidades com que se deparam e que serão o motor, estímulo e motivação para o desempenho da profissão que abraçaram.

A Sustentabilidade dos Sistemas

Júlio Pinto da Costa
Universidade Fernando Pessoa

Autor

INTRODUÇÃO

Em 1999, o relatório sobre a protecção social na Europa definia como um dos grandes objectivos da política social da União Europeia “assegurar a viabilidade e sustentabilidade dos regimes de protecção social” (Rodrigues, 2000, p. 189). Esta preocupação reflecte a realidade actual, talvez até com mais acuidade do que em 1999.

Um trabalho que compense e proporcione um rendimento seguro é um instrumento que, para além de evitar a exclusão, garante a sustentabilidade dos sistemas sociais. Esta última é um dos aspectos cruciais das reformas dos sistemas de saúde na actualidade. A sustentabilidade financeira pressupõe que o SNS (Serviço Nacional de Saúde) possa continuar a ser financiado numa situação de normalidade, sem que isso ponha em causa o equilíbrio das contas públicas (Simões *et al.*, 2007).

Os domínios da política social, como a educação, a saúde, a habitação, os transportes, o emprego e os equipamentos desportivos, sociais e culturais, relevantes para o bem-estar social, não são compatíveis com uma estratégia de lucro. Daí merecerem a máxima atenção do Estado Providência e exigirem a sua actuação na protecção dos mais desfavorecidos e na regulação dos mercados. Esta actuação tem custos elevados e em períodos de crise ou de fraco crescimento económico torna-se insustentável.

Analisando o caso português para o período que vai de 1990 a 1996, Rodrigues (2000) conclui que o aumento das despesas, na área social, tem sido mais rápido que o das receitas, e que a fraqueza política e financeira do Estado coloca em risco a adopção

de medidas de protecção social economicamente sustentáveis.

Mas esta constatação também é válida para as economias da UE, que crescem a ritmos inferiores ao das despesas com a saúde, como referem Simões e Dias (2010). No limite, a despesa pública com a saúde e os cuidados continuados poderá atingir, em 2050, os 12,9% (média da OCDE) do PIB (OCDE *cit. in* Simões e Dias, 2010).

Pinto (1991), em estudo efectuado na área metropolitana de Lisboa sobre dados da década de 80 do Século XX, concluiu sobre a restrição acentuada do consumo de medicamentos sempre que se reduz a respectiva taxa de comparticipação.

Mas, a contenção de custos e, sempre que possível, a sua redução, serão factores decisivos para a sustentabilidade da saúde. O gasto neste Sector tem um custo de oportunidade – um euro despendido é um euro a menos que se pode aplicar noutra actividade económica. Assim, enquanto o valor produzido for superior a esse custo, poder-se-á dizer que a despesa adicional é economicamente sustentável.

Obviamente, também do lado da receita se poderá actuar, se bem que, neste caso, a capacidade de manobra esteja mais limitada devido aos elevados níveis da carga fiscal, à retracção do crescimento económico e à possibilidade de ferir a equidade.

MEDIDAS DE CONTENÇÃO DOS CUSTOS

Ao longo dos anos, em diversos países, foram adoptadas medidas tendentes ao controlo dos custos, mas nem sempre com sucesso Campos (1983). Eis, em revista, al-

guns apontamentos sobre a matéria:

- Aumento da oferta de recursos humanos, na expectativa de reduzir os preços unitários dos serviços prestados – Esta medida não teve sucesso, porque o efeito indutor da oferta gerou um acréscimo substancial da procura;
- Substituição de profissionais de longa formação por outros de nível médio e, conseqüentemente, mais baratos – Esta medida teve alguma eficácia nos EUA (Estados Unidos da América) e nos países menos desenvolvidos, mas não na URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). Não chegou a ser tentada na Europa;
- Automação da prestação de cuidados de saúde – Ao contrário do que acontece na indústria em geral, a automação no Sector da Saúde não produz ganhos de eficiência, em parte devido à resistência dos profissionais;
- Recurso a modelos de gestão do tipo empresarial – Tem sido uma das medidas preferenciais dos decisores políticos, apesar de algumas dificuldades criadas pela desigual distribuição do poder nas grandes unidades de saúde;
- Introdução de técnicas de avaliação dos sistemas de cuidados de saúde – Conseqüência do planeamento, a avaliação de resultados tem-se mostrado eficaz na melhoria dos níveis de eficiência e no controlo de gestão, mas tem ainda um grande caminho a percorrer;
- Planeamento dos serviços de saúde – A introdução das técnicas de planeamento



SNS

no Sector da Saúde possibilitaram a racionalização da afectação geográfica de recursos e um maior controlo dos custos de investimento;

- Integração das funções de prestador e segurador – A criação deste tipo de en-

tidades, também designadas por *Health Maintenance Organizations*, visa reduzir os custos através da integração vertical de funções e de uma visão mais preventiva do que cura-

tiva, como resultado de uma estratégia claramente empresarial;

- Reforço da estrutura de cuidados primários – É consensual, conforme o resultado de alguns estudos¹, que o investimento na promoção da saúde e na prevenção da doença é mais rentável do que o efectuado nos cuidados hospitalares, que de-

verão estar reservados para intervenções diferenciadas e especializadas;

- A arbitragem e a decisão final do Estado – O Estado arbitra nos sistemas de seguros de saúde e decide nos do tipo Serviço Nacional de Saúde e, ao fazê-lo, intervém no sentido de controlar o volume e o peso financeiro do Sector;
- O co-pagamento dos cuidados de saúde – Esta medida foi adoptada em diversos países independentemente do sistema de saúde ser mais liberal ou mais planificado. Nos EUA, os segurados, para além do prémio, suportam uma franquia ou participam as despesas. Na França existe o *ticket modérateur* e em Portugal as taxas moderadoras, apenas para citar alguns exemplos. Desde cedo, que este tipo de cobrança, ligada à utilização dos serviços de saúde, visa apenas evitar o abuso do consumo de cuidados, tanto mais que em muitos casos o seu peso é insignificante no total das receitas;
- As listas de espera – Apesar das implicações éticas e da redução da equidade que representam, as listas de espera para consultas e cirurgias são uma forma indirecta de controlar a procura e, portanto, reduzir os custos.

As cinco primeiras medidas inserem-se no contexto do controlo de custos dos factores. As quatro medidas seguintes (da sexta até à nona) têm como objectivo reduzir a procura através do controlo da oferta, estratégia que está sustentada no efeito indutor desta sobre aquela. As duas últimas soluções enquadram-se no âmbito da moderação da procura.

Pode-se ainda classificar o controlo de despesas, considerando que o mesmo parte de soluções coercivas ou de incentivo (Béresniak e Duru, 1999). O quadro seguinte resume as diversas modalidades de controlo de custos, segundo estes autores.

Ambas as medidas são utilizadas e, em alguns casos, em simultâneo. As do primeiro tipo, pelo menos algumas, possibilitam a obtenção mais rápida de resultados, mas também são mais contestadas por profissionais e utentes. As do segundo tipo são de aplicação e controlo mais complexo, exigindo por vezes negociações demoradas.

As soluções de incentivo estão assentes na relação de agência, na qual o agente prin-

cipal (por exemplo o Ministério da Saúde) negocia (por exemplo o orçamento dos hospitais) com agentes (por exemplo os directores dos hospitais).

A ideia base da negociação é fixar objectivos que se traduzam em mais-valias (contenção de gastos, preços de compra mais baixos, etc.) para o primeiro, incentivando os segundos ao seu cumprimento através da concessão de prémios.

O controlo coercivo dos custos tornou-se o meio mais importante para fazer face à escalada das despesas com a saúde. Contudo, os diferentes métodos esbarram com diversas dificuldades: jurídicas; políticas; económicas; sociais.

Jurídicas, porque as leis protegem os direitos e garantias dos cidadãos e dos trabalhadores, muito em particular nos países em que o Estado tem uma forte intervenção. Políticas, porque reformas profundas nos sistemas de saúde que conduzissem a um corte drástico dos custos, implicariam a conjugação de esforços de diversos partidos políticos, o que dificilmente seria possível. Económicas, porque a procura da eficiência económica, no seu limite, esbarraria sempre com a equidade e a acessibilidade. Sociais, porque a aplicação de restrições na acessibilidade afectaria principalmente as classes mais desfavorecidas.

As medidas de contenção têm, contudo, que ser adoptadas, mesmo que gradualmente, sob pena de, num futuro mais ou menos próximo, os governantes serem obrigados a tomar decisões ainda mais drásticas, que ponham em causa o próprio Estado de Bem-Estar Social. Pode-se actuar sobre a oferta, sobre a procura, ou sobre ambas, sendo certo que o método mais fácil é o primeiro. A questão da sustentabilidade e da necessidade de contenção de custos foi abordada por Campos (2008, p. 244) da seguinte forma:

Porém, a razão mais importante para o alargamento das TM² ao internamento e à cirurgia do ambulatório não foi nem o objectivo moderador, nem o objectivo financiador, mas sim uma preparação da opinião pública para a eventualidade de todo o sistema de financiamento ter que ser alterado, caso as medidas de boa gestão que tínhamos adoptado no SNS não se revelassem suficientes para garantir a

sustentabilidade financeira do sistema.

A frase é elucidativa quanto à urgência de medidas de contenção da despesa e do aumento dos índices de produtividade dos serviços de saúde, sob pena de, num prazo que porventura não será tão distante quanto alguns pensam, se estar na contingência da adopção de medidas mais drásticas, como por exemplo o co-financiamento pelo cidadão das suas despesas com a saúde – e aqui já não se tratará de taxas moderadoras, mas sim de valores bem mais



altos. Estaríamos, inquestionavelmente, perante uma medida que afectaria a equidade vertical, já que o financiamento deixaria de ser feito em função da capacidade financeira do cidadão, mas sim tomando como ponto de partida as necessidades em saúde do doente.

A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, nomeada pelo ministro Correia de Campos, recomendou sobre a matéria o seguinte (Simões *et al.*, 2007): manutenção do financiamento por impostos; adopção de medidas que conduzam ao aumento da eficiência, através da redução da despesa pública; utilização de mecanismos de avaliação clínica e económica para sustentar decisões; revisão dos critérios de isenção no que respeita às taxas moderadoras, dando especial importância à capacidade de pagamento e à necessidade continuada de cuidados; actualização das taxas moderadoras; redução dos benefícios fiscais em relação às despesas com

a saúde; separar os subsistemas de saúde públicos do espaço orçamental, eliminando-os ou autonomizando-os. Em casos excepcionais, a Comissão aconselhou ainda a fixação de contribuições compulsórias temporárias, fixadas em função dos níveis de rendimento.

Também Hurst (1992) afirma que a maior parte dos países que estudou, no que respeita às reformas introduzidas na década de 80 do Século XX, com o objectivo da contenção dos custos, introduziram medidas com especial incidência na oferta de cuidados, em particular no que concerne às despesas hospitalares, onde a regra foi a adopção de orçamentos globais. Mas em sua opinião, o essencial das reformas passou pela introdução de mecanismos regulamentares e de incentivo mais eficientes, tendo em vista níveis acrescidos de produtividade. Em sua opinião, uma das mais importantes conclusões que se retira do estudo que elaborou para a OCDE é o da ineficiência microeconómica dos sistemas de saúde financiados por fundos públicos, incapazes de conter o crescimento da despesa. Simões (2004), utilizando como fontes Mossialos e Le Grand, bem como a OCDE, reparte as medidas de contenção de custos por três tipos: Limitação de recursos públicos; Novas técnicas de orçamentação; Formas de controlo.

Outro processo de abordagem desta problemática passa pela opção entre controlar os custos dos factores ou otimizar a sua organização (ou ainda ambas as medidas). O primeiro critério actua sobre a

eficiência e o segundo sobre a eficácia.

Por ser mais actual e dizer respeito a situações reais, tome-se como ponto de partida o estudo de Mossialos e Le Grand (*cit. in Simões, 2004*).

A contenção dos custos com medicamentos nos países da União Europeia, na década de 90, mereceu uma atenção especial de Mossialos (*cit. in Simões, 2004*). O leque de medidas adoptadas é vasto. De entre estas, e actuando sobre a procura, tem-se: desenvolvimento de um mercado para produtos de venda livre, programas de educação para a saúde, orçamentos fixos ou indicativos para médicos na prescrição de medicamentos, auditorias das receitas médicas e promoção da prescrição de genéricos. Actuando sobre a oferta, tem-se os seguintes exemplos: controlo de preços, promoção do uso de genéricos, preços de referência, reembolso da indústria quando se ultrapassam os orçamentos acordados, limites de taxas nas despesas de promoção e desenvolvimento do mercado com importações paralelas.

Menos discutida e, portanto, muitas vezes omissa das propostas de sustentabilidade, é a possibilidade de reduzir o leque de benefícios sustentados pelo erário público. Ou seja, a redução dos níveis de generalidade das prestações. Também a fixação de critérios de admissibilidade aos cuidados de saúde financiados pelo Orçamento de Estado tem sido pensada e implementada em determinados sistemas de saúde. Serrão *et al.* (1998) dão o exemplo da Nova Zelândia, em 1993, através da aplicação de *guidelines*, às quais deveriam obedecer os doentes, assentes na produção de benefícios, no custo efectividade, nos benefícios para a saúde da comunidade e no respeito pelos valores da sociedade. Citam ainda o exemplo do Estado americano do Oregon, que considerou passíveis de financiamento através do Medicaid cerca de 709 casos de doença e, em face dos custos res-



pectivos e dos possíveis doentes prioritários, elegeu 587 deles (696 para 1993).

A escolha de uma ou outra modalidade de financiamento, pagamento e prestação não é pacífica, uma vez que interfere de forma diferente na universalidade, na acessibilidade, na equidade no financiamento e no controlo de custos. Não se pode dizer que uma é melhor que outra, mas sim que, atendendo à situação conjuntural do momento, à política dos governantes e à realidade do sistema de saúde existente, esta ou aquela são mais adequadas à situação.

Os sistemas de saúde financiados por impostos e com prestadores públicos possibilitam, teoricamente, um maior controlo de custos, habitualmente incidente sobre a oferta, sem prejuízo significativo da cobertura universal, da acessibilidade e da equi-

dade no financiamento.

Os sistemas sustentados financeiramente por seguros obrigatórios e com prestadores públicos ou sujeitos a orçamento global possibilitam também, teoricamente, um maior controlo de custos, ainda pelo lado da oferta, sem prejudicar fortemente a universalidade nem a acessibilidade. Mas a equidade no financiamento é regressiva³. Se a modalidade de pagamento não for o orçamento global e os prestadores forem privados, o controlo dos custos é bem menor e é exercido sobre a procura.

Nos sistemas com financiamento por seguros privados e prestadores também privados, o controlo dos custos, exercido sobre a procura, é muito fraco, não há universalidade, a acessibilidade é baixa e a equidade no financiamento regressiva. Acontece o

mesmo nos sistemas de financiamento mistos, nos quais os subsistemas públicos de apoio aos mais carenciados não têm peso significativo, porque abrangem apenas uma pequena parcela da população.

CONCLUSÕES

O crescimento dos custos com a Saúde tem obrigado os governos à adopção de medidas de contenção e racionalização das despesas. Entre as mais frequentes e emblemáticas merecem saliência o recurso a modelos de gestão do tipo empresarial, a introdução de técnicas de avaliação de resultados, o planeamento dos serviços de saúde, o reforço da aposta nos cuidados primários, o aumento dos co-pagamentos no momento da utilização dos serviços, as listas de espera, o controlo da produção dos pro-

Quadro I – Contenção de custos: Soluções coercivas e de incentivo

	Soluções	Medidas concretas	Principais inconvenientes
Soluções coercivas	Controlo da produção dos profissionais de saúde	- Restrições à entrada na profissão - Controlo das saídas profissionais	- Contestação estudantil - Risco de falta de médicos - Os estudantes de Medicina são uma mão-de-obra barata - Aumento das exigências dos profissionais
	Negociação de convenções entre profissionais liberais e seguros sociais ¹	- Criar incentivos para os clientes aderirem, através do reembolso generoso das despesas; - Criar incentivos fiscais para os médicos, associados ao controlo da actividade/ prescrição	- Possível redução da qualidade dos cuidados - Difícil aplicação, salvo quando os médicos são sócios das entidades prestadoras - Situações de monopólio geram aumento das despesas e contrariam a ideia inicial
	Controlo da distribuição e do número de camas	- Limitar o número de camas hospitalares - Reconverter “camas de agudos” em “camas de crónicos” - Limitar os dias de hospitalização	- Bloqueamento da evolução do internamento - Dificuldades na transferência de camas entre serviços ou regiões - Risco de agravamento das desigualdades regionais
	Fixação de orçamentos globais para os hospitais	- Fixar orçamentos globais por hospital - Idem para os serviços hospitalares	- Cria entraves ao progresso da prestação de cuidados - Pode gerar listas de espera - Pode gerar despesismo
	Controlo da alta tecnologia	- Atrasar a difusão da alta tecnologia - Definir critérios de afectação em função da rentabilidade dos bens	- Trava o progresso tecnológico - Introduce factores de injustiça em relação à população - Impossibilita a redução futura de custos
Soluções de incentivo	Relação de Agência – Processos de apresentação de propostas	- Adjudicação à melhor oferta (a) - Pedido de oferta concorrencial (b) - Contrato com margens fixas (c) - Contrato com classes motivadoras (d)	(a) - Pode conduzir à omissão de estimativas reais (b) - Fica mais caro do que aquilo que seria normal (c) - Não há motivação para a redução de custos (d) - Pode originar redução da qualidade
	Relação de Agência – Processo de Weitzmen	- Processo de Weitzmen ²	- Difícil de aplicar - Pode originar redução de qualidade

Fonte: Adaptado a partir de Béresniak e Duru (1999)

1. A existência de seguros de saúde pode originar o aumento de actos médicos, quer por iniciativa do profissional de saúde, quer do paciente. A regulamentação desta relação pode ser de tal forma que incite (obrigue) à adesão à convenção através de benefícios, mas, simultaneamente, ao controlo dos gastos através da limitação da actividade. Daí, tratar-se de uma medida coerciva.
2. Aplica-se, essencialmente, quando está em causa a concretização de objectivos quantificados. O agente principal propõe um orçamento limite (Op) e um prémio (Pp), caso aquele seja respeitado. O agente apresenta contraproposta de prémio (Pa) e de orçamento (Oa) calculada com base na fórmula: $Pa = Pp + \beta (Op - Oa)$, em que β é um coeficiente reductor definido pelo agente principal.

fissionais de saúde, a fixação de orçamentos globais para os hospitais, a criação de agências de contratualização dos serviços, a revisão dos critérios de isenção dos co-pagamentos, a combinação de orçamentos com pagamentos em função da produção e a introdução de *guidelines* na medicina.

No caso português, a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde advogou como travesmestras das medidas a adoptar: a manutenção do financiamento por impostos, a revisão dos critérios de isenção das taxas moderadoras e a separação dos subsistemas de saúde públicos do espaço orçamental.

Os investigadores classificam de diversas formas as medidas de contenção de custos: 1ª hipótese – controlo dos custos dos factores, controlo da oferta e moderação da procura; 2ª hipótese – soluções coercivas ou de incentivo; 3ª hipótese – limitação dos recursos públicos, novas técnicas de orçamentação e formas de controlo.

Algumas medidas mencionadas têm implicações éticas graves, como por exemplo a manutenção de listas de espera como forma de adiar e eliminar despesas. Outras podem interferir com princípios habitualmente aceites por um grande número de países, como é o caso da universalidade, da generalidade, da solidariedade, da acessibi-

lidade e da equidade.

Parece também existir uma certa contradição entre as modernas linhas de orientação, que pretendem a separação de gestores de recursos financeiros e prestadores (como forma de melhorar a competitividade e reduzir custos) e algumas medidas recentemente adoptadas (por exemplo nos EUA) de dinamização das *Health Maintenance Organizations*, que agregam as duas funções, com o objectivo de reduzir custos.

Mas o crescimento dos custos com o Sector é de tal ordem, que a não adopção de medidas que garantam a sua sustentabilidade poderá colocar em causa a prestação generalizada de cuidados de saúde no futuro. Competirá aos governantes a escolha de soluções que não ponham em causa os princípios éticos e a equidade do sistema.

BIBLIOGRAFIA

- Béresniak, A. e Duru, G. (1999). *Economia da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Campos, A. (1983). *Saúde. O custo de um valor sem preço*. Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra, Edições Almedina, SA.
- Hurst, J. (1992). *A Reforma dos Sistemas de Saúde. Análise Comparada de Sete Países da OCDE* (edição portuguesa, 1995). França, Conselho Económico e Social da OCDE.

lidade e da equidade.

- Pinto, C. (1991). Despesa pública em cuidados de saúde. Quem beneficia e porquê. In Pereira, J., Giraldes, M. e Campos, A. (Coords.). *Desigualdade e Saúde em Portugal*. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento pp.143-170.
- Rodrigues, E. (2000). O Estado-Providência e os processos de Exclusão Social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1477.pdf>. [Consultado em 16/12/2010].
- Serrão, D., Abrantes, A., Veloso, A., Oliveira, G., Moreira, José M., Delgado, M. e Sousa, Mariana D. (1998). *Reflexão sobre a Saúde. Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Porto, Ministério da Saúde.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra, Livraria Almedina.
- Simões, J., Teixeira, M., Barros, P., Pereira, J., Moreira, P., Ferreira, A., Menchero, M., Oliveira, M., Hespanhol, A., Ferreira, P. e Silva, S. (2007). *Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Relatório final*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Simões, J. e Dias, A. (2010). Gestão da Saúde e Despesa Pública. In Cabral, N., Amador, O. e Martins, G. (Ed.). *A Reforma do sector da Saúde – Uma realidade iminente?* Coimbra, Edições Almedina, SA pp. 81-100.

NOTAS

1. Por exemplo Feldstein (*cit. in Campos, 1983*).
2. TM – taxas moderadoras. Correia de Campos, que foi Ministro da Saúde do XVII Governo constitucional, utiliza esta designação para mencionar aquilo que se tem vindo a chamar por taxas de utilização do internamento e da cirurgia do ambulatório.
3. Regressivo no sentido em que o preço fixo a pagar pelo seguro tem um peso cada vez menor à medida que os rendimentos aumentam.

Quadro II – UE – Medidas de contenção de custos no final do séc. XX, início do séc. XXI

Limitação de recursos públicos	01. Aumento dos co-pagamentos 02. Redução do número de isenções nos co-pagamentos 03. Racionamento com base em decisões explícitas 04. Papel crescente dos seguros voluntários de saúde 05. Desenvolvimento de formas alternativas de hospitalização
Novas técnicas de orçamentação	06. Substituição dos orçamentos fixos por indiciários 07. Combinação de orçamentos com pagamentos em função da produção 08. Substituição de orçamentos sectoriais por orçamentos para prestadores individuais ¹
Formas de controlo	09. Controlo sobre os honorários 10. Controlo dos <i>inputs</i> ² 11. Controlo das camas hospitalares 12. Introdução de <i>guidelines</i> na medicina ³ 13. Introdução dos preços de referência para medicamentos 14. Controlo do tempo de internamento

Fonte: Adaptado a partir de Mossialos e Le Grand (*cit. in Simões, 2004*)

1. Em particular no que respeita a médicos e enfermeiros.
2. Refere-se, principalmente, ao controlo das entradas (*numerus clausus*) nos cursos de medicina e na contratação de médicos.
3. Consiste na definição de terapêuticas consensuais para certos tipos de doenças ou estados de saúde e abrangem procedimentos, exames e medicamentos.

Minimização dos Custos em Saúde

A intervenção do Nutricionista nos

João Lima
Licenciado em Ciências da Nutrição

Autor

INTRODUÇÃO

Apesar dos ganhos em saúde evidenciados ao longo das últimas décadas no nosso país, o SNS confronta-se hoje com uma grave crise financeira que coloca em causa a sua sustentabilidade a longo prazo.

Deste modo, torna-se fundamental uma nova onda reformista que, respeitando os valores da equidade no acesso e da universalidade na cobertura, promova consideráveis ganhos de eficiência.

Porém, e apesar de uma melhoria apreciável dos indicadores de saúde da po-

pulação portuguesa, torna-se necessário proceder à contenção de despesas neste sector de actividade.

De facto, a sustentabilidade financeira do SNS é um dos principais problemas da actualidade face a uma sustentabilidade geral das finanças públicas (NUNES, 2008).

Além de se apresentarem sucintamente as formas, actualmente mais praticadas de sustentabilidade do SNS, neste trabalho é ainda apresentada uma terceira estratégia que poderá, apesar de neste momento não ser considerada pela política vigente, fazer toda a diferença nos cofres do estado.

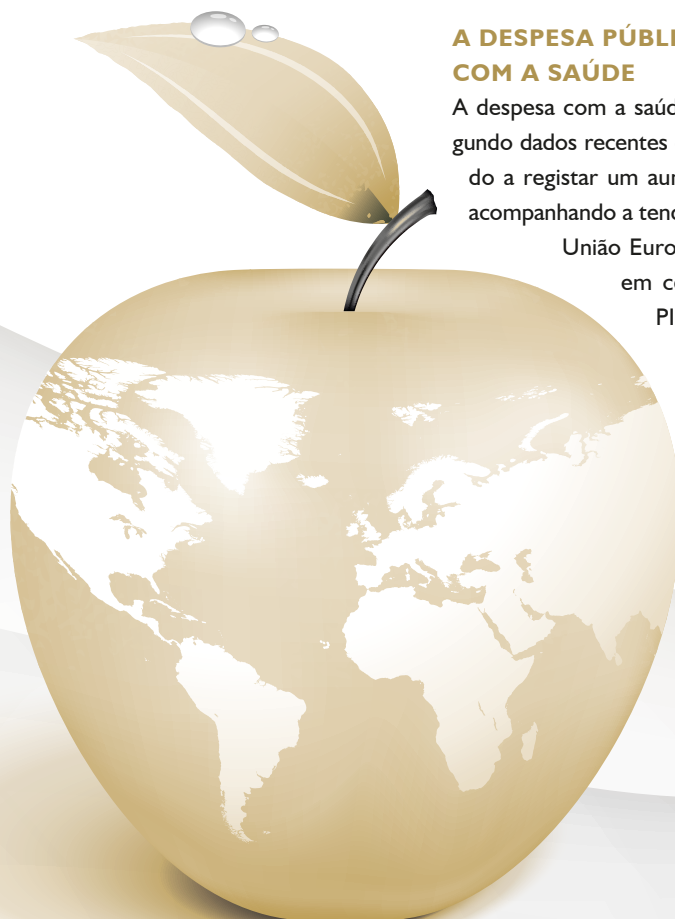
A DESPESA PÚBLICA COM A SAÚDE

A despesa com a saúde em Portugal, segundo dados recentes da OCDE, tem vindo a registar um aumento progressivo, acompanhando a tendência dos países da União Europeia, cifrando-se já em cerca de 10,7% do PIB (ACSS, 2010).

Segundo dados da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS),

em 2008 as despesas do SNS rondaram os 6.101,70 M€, tendo as receitas ascendido aos 6.254,20 M€. No entanto, apesar de parecer positivo, dado que as receitas apontam um valor superior às despesas, a relação destes valores com os respectivos do ano anterior indicia um mau pronúncio. As despesas sofreram um agravamento, enquanto as receitas sofreram um abrandamento, sendo necessário um reajuste nas políticas administrativas, para que o SNS não entre em “banca rota” – situação esta que nunca aconteceria já que o estado sendo o garantidor interviria com injeção de capital. O problema seria que para que haja um aumento da percentagem do PIB a atribuir à saúde, outras áreas seriam prejudicadas, como seria o caso da educação, da ciência e tecnologia, da acção social, entre outras.

Segundo o relatório final da comissão para a sustentabilidade e financiamento do SNS, em Portugal, a percentagem dos gastos com a saúde no PIB era, em 1980, de 5,6%, ao passo que em 2004 era já de 10%. Esta percentagem é superior ao valor médio da UE15 (9%) e da OCDE (8,9%). No período de 1980 a 2004, Portugal duplicou o peso dos gastos públicos com a saúde.



Centros de Saúde

de face ao PIB (3,6% em 1980, 7,2% em 2004). Estes gastos são maioritariamente suportados por financiamento público, como foi o caso em 2010 (65,8%). Os ritmos de crescimento da despesa em saúde criaram, na passada década, instabilidade nas transferências orçamentais para o SNS, sendo que a manutenção dos ritmos históricos das últimas décadas configura uma situação de insustentabilidade financeira e, face às necessidades crescentes de cuidados de saúde, exige uma adequada organização na captação de fundos.

Segundo este, para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adoptar diversas medidas em simultâneo e não uma que por si só a assegure.

Torna-se necessária a adopção de medidas que assegurem maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzidas por menor despesa pública em saúde e menor taxa de crescimento da mesma.

O FINANCIAMENTO DO SNS

É importante perceber, antes de falar no modo como poderá haver contenção de custos e maximização dos resultados obtidos em saúde, o modo como é financiado o Serviço Nacional de Saúde.

Os cuidados de saúde prestados à população são pagos por duas grandes vias: pagamento realizado pela população no momento de consumo (podendo este ser eventualmente inexistente, como é o caso dos reformados, inválidos, crianças, etc.) e pagamento realizado pelos “financiadores” por conta dos cuidados prestados. Este último pagamento assenta numa prévia captação de fundos junto da população. É a

captação de fundos que constitui o “financiamento” do sistema de saúde. Dentro desta descrição genérica incluem-se os diversos sistemas existentes, como o financiamento por impostos, o seguro social ou o prémio de seguro privado, podendo a entidade financiadora ser, respectivamente, o Estado, fundos de doença ou companhias seguradoras. No caso português podem-se ainda identificar os subsistemas como agentes presentes no financiamento (SNS, 2007).

SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SNS

A noção de sustentabilidade financeira de um serviço nacional de saúde, ou de uma forma mais geral, da despesa (pública) em saúde, não se encontra definida de um modo preciso na literatura económica. A sustentabilidade financeira não pode, contudo, ser vista de forma independente da evolução da restante despesa e das receitas públicas, nem dos condicionalismos decorrentes dos compromissos assumidos por Portugal na União Europeia quanto à situação financeira das contas públicas. Deve, porém, recordar-se que esses compromissos foram criados para que houvesse sustentabilidade financeira das contas públicas, estando aqui a noção de sustentabilidade financeira associada, em última análise, à condição de que a dívida pública não cresça indefinidamente.

O Relatório Europeu (Europeia, 2006) conclui que o crescimento dos gastos em saúde no PIB, nas últimas décadas, não foi influenciado, de forma significativa, por desenvolvimentos demográficos; que

existem grandes diferenças nos Estados membros em relação aos gastos *per capita*, que parece não ter correlação com os resultados em saúde; que, apesar da idade não constituir um factor causal, o envelhecimento da população pode pressionar no sentido do aumento das despesas públicas com saúde; que a idade constitui apenas um dos factores que determinam os gastos em saúde e que outros determinantes não demográficos têm igual significado nas despesas com saúde; que o envelhecimento da população tem um forte impacto no tipo de serviços que serão necessários no futuro; que acções preventivas para provocar a diminuição da obesidade, do consumo de tabaco e do abuso de drogas poderão ter um largo efeito no estado de saúde das populações.

As necessidades de saúde da população vão, exigir do sistema de saúde respostas cada vez mais complexas, por força de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças e dos doentes, mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e onerosas.

Em suma, é necessário que o sistema de saúde acompanhe esta silenciosa modificação e que também proceda a adaptações na oferta de cuidados, na revisão do perfil formativo dos seus profissionais e antecipe as consequências, deste processo, no financiamento dos cuidados de saúde.

Alterações recentes na moldura da oferta de cuidados de saúde em Portugal indicam, desde já, uma compreensão desta nova realidade. A reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos cuidados de saúde primários e a criação de uma rede

de cuidados integrados constituem sinais significativos de uma nova abordagem do sistema de saúde português.

MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS E MAXIMIZAÇÃO DE RESULTADOS

As políticas de contenção de gastos relacionam-se com o problema de definir qual o montante adequado que cada país deve gastar com a saúde e dirigem-se, normalmente, aos gastos públicos (e não aos totais) com a saúde, visando estabilizar o seu crescimento face ao do PIB (CARRIN G, 2003).

As medidas adoptadas pelos Governos, desde a década de oitenta, no sentido de conterem o aumento dos gastos públicos com saúde podem ser classificadas de diferentes formas, distinguindo

zação de protocolos clínicos. Do lado da procura, procuram desenvolver-se mecanismos de partilha de custos ou mesmo o estabelecimento de prioridades (ou até o racionamento) no acesso a cuidados, a par com um maior enfoque nas estratégias de prevenção de saúde e com a promoção dos cuidados primários enquanto “porta de entrada” no sistema (FERREIRA, 2004). Em consequência deste cenário é evidente a necessidade de soluções, entre elas a priorização e a chamada *New Public Management* ou Nova Administração Pública.

Priorização em saúde

Tal como afirmam Rui Nunes e Guilhermina Rego no seu livro *Prioridades em Saúde*, o estado, através do Serviço Nacional de Saúde,

se estabelecerem prioridades. Este facto resulta do desfasamento existente entre os recursos necessários e os recursos disponíveis para a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita à utilização de tecnologia sofisticada.

O estabelecimento de prioridades e a necessidade de realizar opções surgem como tarefas primordiais, bem como a regulamentação da utilização dos recursos de um modo justo e eficiente. Porém, dado o carácter específico do bem a atingir – a saúde da pessoa doente – a problemática da afectação de recursos exige uma reflexão à luz dos direitos fundamentais.

O cerne da questão, no estabelecimento de prioridades na saúde, reside na existência de necessidades ilimitadas e de recursos limitados, bem como na dificuldade de definir quem deve decidir como aplicar

esses recursos. Em consequência, observa-se frequentemente, uma incapacidade de resposta do sistema (ou uma resposta tardia).

Porém, uma decisão de gestão

nomeadamente entre as que se dirigem à oferta de serviços de saúde ou à sua procura. Em termos de contenção de custos do lado da oferta, tipicamente as medidas limitam investimentos, preços, admissões de pessoal, massa salarial, ou visam o aumento da eficiência através da melhoria da oferta de cuidados em ambulatório substitutivos dos hospitalares, ou da generali-

pretende garantir a toda a população o direito de acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua situação económica e área geográfica de residência. Contudo, admitindo a existência de um direito à prestação de cuidados de saúde, coloca-se a questão de aplicar os recursos com eficiência, dada a necessidade imperiosa de se efectuarem escolhas e de

atempada, referente à afectação de recursos para a saúde, terá seguramente repercussões distintas e com um valor necessariamente diferente, quando comparada com outras decisões.

Algumas soluções têm sido avançadas com a finalidade de reduzir o desfasamento existente entre os recursos necessários e

os disponíveis. Neste contexto, refere-se a necessidade de se proceder: à limitação de despesas, nomeadamente na prescrição de medicamentos; ao aumento de recursos para a saúde disponibilizando novas tecnologias, aumentando os recursos financeiros ou reduzindo as assimetrias na distribuição dos profissionais de saúde; ao aumento da comparticipação dos utentes e ao desenvolvimento progressivo de soluções de natureza privada, como é o caso dos seguros de saúde.

O princípio da equidade na política de afectação de recursos para a prestação de cuidados de saúde permite reafirmar a necessidade de um envolvimento activo de toda a população. A sua observação poderá promover, igualmente, a coesão entre os vários estratos socioeconómicos da sociedade. No entanto, a utilização de critérios de natureza económica parece ser relevante para a tomada de decisões de investimento em cuidados de saúde bem como para o estabelecimento de prioridades.

Nova Administração Pública (New Public Management)

Segundo Guilhermina Rego na sua obra *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos*, a ineficiência e a ineficácia verificadas na Administração Pública e a progressiva substituição das funções clássicas do Estado

zação no âmbito da prestação de serviços públicos, a introdução de medidas que visam a racionalização e permitem aumentar a produtividade e a implementação de novos modelos de gestão dos serviços públicos (CARAPETO C, 2005).

Atendendo aos argumentos apresentados na literatura a propósito das estruturas de administração tradicional, concretamente a preocupação centrada nos resultados e não no desempenho, a ausência de uma prestação pública de contas – *accountability* – traduzida pela falta de responsabilização e de transparência, em parte associada às múltiplas organizações e linhas de gestão criadas, a falta de incentivos à criatividade, entre outros, promoveram, conjuntamente com outros factores (pressões de reforma da Administração Pública), o desenvolvimento do *New Public Management* (NPM). Trata-se da abordagem gestionária mais popular nos anos oitenta e noventa do século passado.

De facto, o NPM representa mais do que uma simples reforma da Administração Pública. Trata-se não apenas de uma profunda transformação interna do sector público, como de questionar o modo como este se relaciona com a sociedade e com o Governo. Esta perspectiva gestionária nasce da consciencialização da necessidade de aumentar a produtividade como meio de superar o excesso de despesa e de dívida pública. Parece existir consenso quanto às concepções teóricas que envolvem o NPM:

1. Maior responsabilização para os gestores públicos, levando à cessação de contratos

por incumprimento dos objectivos;

2. As organizações públicas começam a definir padrões de avaliação do desempenho e centram-se particularmente no alcance dos resultados. Introduzem-se os sistemas de avaliação por mérito e os sistemas de incentivos com base na produtividade;

3. Tendencialmente e em consequência da escassez de recursos, o NPM impõe “disciplina” na utilização de recursos. Tem na base uma política de controlo de custos;
4. Introduce o planeamento e a gestão estratégica nas organizações públicas governamentais, como forma de garantir uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e uma maior adaptação ao meio envolvente.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS / UNIDADES DE SAÚDE FAMILIARES

Um dos maiores marcos na história dos cuidados de saúde primários foi a declaração de Alma-Ata. Este documento indica algumas directrizes para que os cuidados de saúde prestados sejam de melhor qualidade, tais como:

Os governos têm responsabilidade pela saúde da sua população e todos os povos do mundo deverão possuir um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que essa meta seja atingida, através do desenvolvimento e do espírito da justiça social.

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.

Os cuidados de saúde primários são responsáveis por proporcionar serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades e incluem pelo menos a promoção da distribuição de alimentos e da

promoveram alterações significativas no modelo tradicional de Administração Pública. Cada vez mais os governos adoptaram intervenções tal como o recurso à privati-

nutrição apropriada, cuidados de saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais (1978).

Deste modo, as principais características das unidades de cuidados de saúde primárias são: constituir a porta de entrada dos serviços e a continuidade, globalidade e coordenação dos cuidados (STARFIELD, 1998). Como componente assistencial dos cuidados de saúde primários/unidades de saúde familiares encontram-se as consultas: de clínica geral/medicina familiar, de grupos de risco e vulneráveis, abertas, de domicílio, de repetição da prescrição, de psicologia, de podologia, etc.. É principalmente na consulta a grupos de risco e vulneráveis que se insere o nutricionista.

Com a dimensão que actualmente tomou a obesidade (em 2025, metade da população mundial será obesa), as doenças cardiovasculares, a hipertensão e a diabetes, constituindo as principais causas de morte, torna-se essencial reconhecer este profissional de saúde como uma mais-valia para o SNS.

NUTRICIONISTA – ESTRATÉGIA DE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS

Os dados relativos a Maio do ano 2007 revelam que, para cada 183 mil portugueses, existe apenas um nutricionista nos centros de saúde, um número considerado “manifestamente insuficiente” para prevenir e combater doenças crónicas não transmissíveis, como a diabetes e as doenças cardiovasculares (VELUDO, 2007).

O nutricionista é um profissional de saúde de nível superior que actua em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação seja fundamental para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, sem perder de vista o prazer que uma refeição deve proporcionar. Este profissional pode exercer actividades como direcção, coordenação, supervisão de cursos de graduação em nutrição e

ensino de matérias relacionadas à alimentação e nutrição; planeamento, direcção e supervisão de unidades de alimentação e nutrição (restaurantes comerciais ou institucionais); coordenação, supervisão, consultoria e assessoria em nutrição e dietética (estudo de alimentos e das necessidades nutricionais de cada indivíduo) e assistência dietoterápica (elaboração de planos alimentares específicos para cada doença) e de educação nutricional a indivíduos ou colectividades, saudáveis ou doentes em hospitais ou em consultórios (SBD). Para além das estratégias delineadas pelos peritos em gestão da saúde, como é o caso da priorização e da NPM, existe uma terceira maneira que funcionando como complemento das descritas anteriormente poderia originar ganhos em saúde, quer em qualidade quer em termos monetários.

Este plano de contenção de custos passaria pela inclusão do nutricionista nos profissionais que trabalham nos centros de saúde, cuidados de saúde primários e unidades de saúde familiares, trazendo ganhos de qualidade ao SNS.

Sendo que o lema do SNS português é Saúde para todos, o nutricionista deve estar presente no Centro de Saúde, de modo a que toda a população, independentemente da sua condição económica possa ter acesso a ele, já que a nível privado isso poderá não acontecer.

A minimização de custos pelo nutricionista pode ser levada a cabo de diversas formas, nomeadamente através da política de saúde praticada. O nutricionista pratica, maioritariamente, uma política de prevenção, muito mais barata do que a política de tratamento

exercida com regularidade.

O dinheiro gasto no tratamento de doenças, que com recurso a uma intervenção inicial poderiam ser tratadas a baixo custo, é abismal. Por exemplo os recursos gastos no tratamento de uma gripe são muito menores do que os que serão gastos numa pneumonia. No caso da nutrição, podemos analisar a diferença entre os recursos gastos na prescrição de uma alimentação saudável, de modo a prevenir inúmeras doenças, como as acima citadas, com aqueles que serão gastos no tratamento da obesidade, com necessidade de colocação de banda gástrica e todas as complicações cardiovasculares que resultam do excesso de peso. O consumo de medicamentos, decorrentes do tratamento curativo e não preventivo das doenças é também ele alarmante. Atuando ao nível da prevenção, diminuiria o dinheiro gasto em medicamentos. Segundo o relatório do SNS de 2006, a despesa com medicamentos tem um peso significativo na despesa total em saúde nos países da União Europeia, entre os 15 países que integravam a UE, apresentando Portugal a segunda maior taxa de despesa com medicamentos, 21,6% (ACSS, 2008).

Além disso, através da acção do nutricionista, no campo da prevenção, no limite, e após algum tempo, há um decréscimo das doenças cardiovasculares, o que se reflecte em menores custos para a saúde, como foi mostrado anteriormente.

CONCLUSÃO

A mudança de hábitos alimentares registada durante as últimas três décadas introduziu algumas práticas menos saudáveis na alimentação da população portuguesa. A vida agitada, a redução da actividade física e uma alimentação incorrecta, muitas vezes fora de casa, são alguns factores que têm contribuído para o aumento do risco de desenvolver algumas doenças, consideradas por muitos, da sociedade moderna.

O nutricionista, com conhecimentos na área das ciências da nutrição e alimentação, tem um papel importante no tratamento e prevenção das doenças modernas, como por exemplo, a obesidade, o cancro, os problemas cardiovasculares e a diabetes.

É, por isso, cada vez mais importante que um plano nutricional esteja presente na edu-

cação alimentar da população e acompanhe os doentes com os problemas anteriormente referidos, justificando-se desse modo a inclusão deste nos centros de saúde.

Além dos benefícios em saúde que a acção deste profissional de saúde acarreta, este mostra-se manifestamente importante na minimização dos custos do SNS.

REFERÊNCIAS

1. (1978) Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, URSS.
2. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I. (2010)
3. CARAPETO C, F. F. (2005) *Administração Pública - modernização, qualidade e inovação*, Lisboa, Edições Sílabo.
4. CARRIN G, H. P. (2003) *Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries?* *Human Resources for Health*.
5. EUROPEIA, C. (2006) *Economia Europeia - Relatório Especial n.º 1/2006*.
6. FERREIRA, A. (2004) *Do que falamos quando falamos de regulação em saúde?* *Análise Social*.
7. NUNES, R. (2008) *Serviço Nacional de Saúde: Que Futuro?* *Clin Inves Otorri*, 2, 70-5.
8. VELUDO, F. (2007) *Apenas 52 nutricionistas para 356 centros de saúde - Portugal tem um nutricionista para 183 mil utentes dos centros de saúde*. *Jornal Público*
9. SBD, D.D.A.E.N.D.
10. SNS, C.P.A.S.E.F.D. (2007a) *Anexos do Relatório Final*.
11. SNS, C.P.A.S.E.F.D. (2007b) *Relatório Final*.
12. STARFIELD, B. (1998) *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*.

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde dá os parabéns ao associado Dr. Eurico Castro Alves pela sua nomeação como novo Presidente do Infarmed



Dr. Eurico Castro Alves na tomada de posse oficial enquanto presidente do Infarmed

Notícias

Saúde é “área protegida” contra aumentos até 2014

“A saúde, para 2014 e seguintes, continuará a ser uma área protegida em termos de opção do Governo dentro daquilo que é o Estado Social. Isso não quer

dizer que não haja oportunidades e a exigência de continuar o esforço de racionalização. Esse esforço irá continuar. Se quiserem vejam as declarações do Dr. Louçã

ontem, que dizia que ainda há muito para racionalizar na área da saúde”, afirmou o ministro que tutela esta área.

Fonte: *Rádio Renascença*, 29 de Novembro

Portugal aposta em trazer doentes estrangeiros

“A ideia, para captar doentes estrangeiros, segundo o ministro da Saúde, passa por aproveitar o crescimento do sector privado e criar novos centros de excelência no Serviço Nacional de Saúde.

Em primeiro lugar desenvolver as respostas no país, afirmando-se Portugal como um destino de excelência para o tratamento de determinadas patologias com uma oferta transversal decorrente de desenvolvimentos de parcerias entre vários elementos da cadeia de valor, agregando prestadores de serviço, indústria, universidades, público,

privado e área social. Em segundo lugar desenvolver as respostas do país, afirmando-se igualmente Portugal como um emissor de serviços para o exterior e para a CPLP contrariando em algumas áreas o fluxo histórico existente e potenciando em outras áreas oportunidades que se perspectivam”.

Fonte: *Rádio Renascença*, 13 de Novembro



Paulo Macedo prevê saldo zero no SNS em 2013

“A dotação do Ministério da Saúde mantém-se quase igual em 2013, nos cerca dos oito mil milhões de euros, mas o ministro prevê um saldo zero para o ano.

O ministro da Saúde prevê que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) chegue ao final de 2013 com as contas equilibradas. No

documento ontem distribuído aos deputados, no debate do Orçamento do Estado (OE) na especialidade, o saldo estimado do SNS no próximo ano é zero.”

Fonte: *Económico*, 6 de Novembro



Taxas moderadoras não sobem nos centros de saúde

“As taxas moderadoras não vão ser actualizadas em relação às consultas realizadas nos centros de saúde no próximo ano. A única excepção são as consultas médicas de especialidade.”

Fonte: *Público*, 15 de Outubro de 2012

■ Governo corta 17% na Saúde

“ O Ministério da Saúde vai ter 8.344,3 milhões de euros, o que corresponde a uma redução de 17 por cento (menos 1.709,7 milhões de euros) face à estimativa de despesa para 2012, segundo a proposta de Orçamento de Estado para 2013.

O documento indica que 7.801,10 milhões de euros vão para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que recebe menos 19,5 por cento do que em 2012.

A maior despesa do Ministério da Saúde será com a aquisição de bens e serviços (7.155,2 milhões de euros) e o pessoal (1.012,7 milhões de euros).

A aquisição de bens e serviços irá consumir 44,2 por cento da despesa do programa, ou

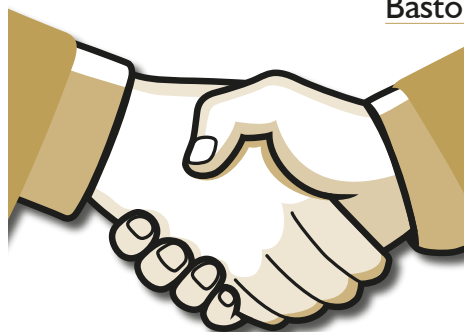
86 por cento, se considerada a despesa efectiva consolidada. No subsector dos serviços e fundos autónomos, a aquisição de bens e serviços correntes apresenta, para 2013, uma previsão de despesa de cerca de 7.112,4 milhões de euros, em que se incluem os encargos com os contratos-programa dos hospitais do sector público empresarial e a despesa com a aquisição de medicamentos e serviços de saúde ao sector privado convencionado.

Nesta matéria a variação é negativa (menos 19 por cento, face à estimativa para 2012), facto que o Governo atribui ‘às medidas de contenção de despesa, mas principalmente pelo



pagamento em 2012 de dívidas em atraso do SNS’.”

Fonte: *Correio da Manhã*, 15 de Outubro



■ Bastonário da Ordem dos Médicos considera acordo “excelente”

“ O bastonário da Ordem dos Médicos diz que atendendo à situação em que o país se encontra o acordo que foi conseguido entre os sindicatos e o Ministério da Saúde ‘é excelente’.”

Fonte: *TSF*, 15 de Outubro

■ Sindicatos dos Médicos e Ministério chegaram hoje a acordo após várias rondas negociais

“ O Ministério da Saúde e os sindicatos dos médicos chegaram hoje a acordo após várias rondas negociais, que começaram em Julho, com questões difíceis como uma nova grelha salarial.”

Fonte: *RTP Notícias*, 14 de Outubro, por *Lusa*



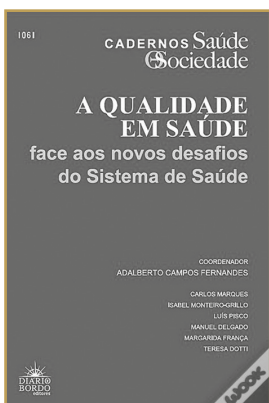
Três Olhares Sobre o Futuro da Saúde em Portugal

Autores: Pedro Pita Barros, João Varandas Fernandes, Adalberto Campos Fernandes
Edição/reimpressão: 2011

Sinopse: Ao fim de 30 anos do Serviço Nacional de Saúde, reconhece-se o papel que este teve e tem na sociedade portuguesa. Porém, discute-se continuamente a sua viabilidade e a extensão da sua actividade. [...] Nas circunstâncias actuais sentimos

a necessidade de analisar o presente e reflectir sobre o futuro do sistema de saúde, procurando construir ideias a partir de pontos de vista e experiências muito diferentes [...] A diversidade de experiências e de pontos de vista, numa discussão honesta, só

pode ser benéfica [...] Os três olhares que aqui apresentamos, ao jeito de ensaio e resultando das nossas experiências profissionais, procuram, de um modo politicamente descomprometido, ajudar à evolução do sistema de saúde português.



A Qualidade em Saúde Face aos novos desafios do sistema de saúde

Autor: Adalberto Campos Fernandes
Edição/reimpressão: 2012

Sinopse: A qualidade em saúde constitui um poderoso instrumento para fazer melhor, com mais eficiência e, sobretudo, com mais segurança. A reforma do sistema de saúde, num contexto restritivo, como aquele que vivemos requer iniciativa e empreendedorismo para uma transformação sustentável e duradoura. Nunca como hoje se sentiu uma predisposição tão forte para aceitar a mudança

quer no plano da organização quer no plano dos modelos funcionais e de gestão. Estamos, por isso, perante uma oportunidade única de incorporar no sistema de saúde práticas novas suportadas na evidência e na avaliação reforçando a ideia de que é sempre possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados, apesar dos poucos recursos disponíveis, em cada momento.



Gestão da Mudança na Saúde Fundamentos e Roadmap

Autor: José Crespo de Carvalho, Ana Rita Martins
Edição/reimpressão: 2012

Sinopse: O sector da saúde encontra-se em profundas transformações. Não o entender é não entender e não pretender encarar o novo paradigma para o qual se está muito rapidamente a migrar. Menos dinheiro, menos pessoas, menos sortido, quer em medicamentos quer em materiais de consumo clínico, menos disponibilidade para investir e, não obstante, as mesmas preocupações com os utentes e/ou doentes. Se estas restrições não bastam para criar um novo paradigma, onde se pretende uma saúde mais lean, o que terá que ser feito,

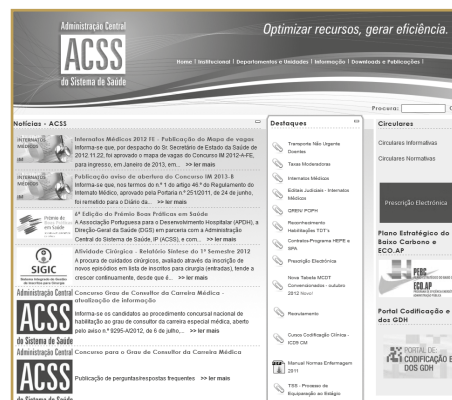
ainda, para que todos os actores, profissionais de saúde e público em geral, percebam a necessidade de mudança? De facto, o livro que agora se apresenta trata precisamente disto mesmo: necessidade de mudança na saúde e, sobretudo, necessidade de gestão dessa mudança. Neste contexto, conta com a informação mais actualizada do European Observatory on Health Systems and Policies, do National Health Service (Reino Unido), do Canada Health Infoway (Canadá) e do Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (Brasil), entre outros.

Administração Central do Sistema de Saúde

www.acss.min-saude.pt

“A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., abreviadamente designada por ACSS, I. P., é um instituto público, de regime especial, nos termos da lei, integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e de património próprio. A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros

e humanos do Ministério da Saúde (MS) e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P., no domínio da contratação da prestação de cuidados.”



National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

www.nice.org.uk

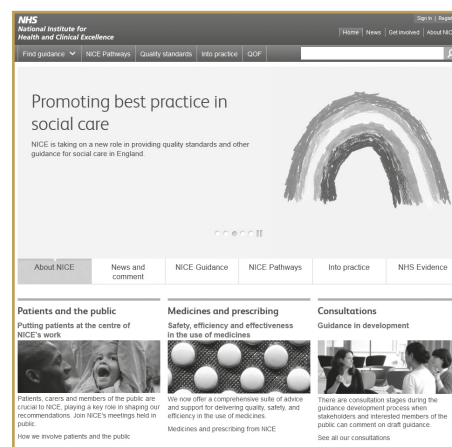
Who we are:

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) provides guidance, sets quality standards and manages a national database to improve people's health and prevent and treat ill health.

What we do:

Guidance - NICE makes recommendations to the National Health Service (NHS) on:
- new and existing medicines, treatments

and procedurestreating and caring for people with specific diseases and conditions. NICE makes recommendations to the NHS, local authorities and other organisations in the public, private, voluntary and community sectors on:
- how to improve people's health and prevent illness and disease.
Using NICE guidance may help you cut costs while at the same time maintaining and even improving services.



European Healthcare Management Association (EHMA)

www.ehma.org

“EHMA is a membership organisation that aims to build the capacity and raises the quality of health management in Europe. EHMA's work splits into four core areas: **Policy:** translating EU policy to the organisational level and influencing the EU policy agenda bottom-up. **Research:** engaging in cutting edge research with some of the top research associations in Europe, including on health

professional mobility and quality of care. **Management improvement:** supporting healthcare delivery to be as good as the best in Europe, through networks, events and projects. **Management education:** joint European accreditation of postgraduate health management courses with FIBAA (Foundation for International Business Administration Accreditation).”



Últimas

Esperança na nova Direcção da Competência em Gestão da Ordem dos Médicos

Após um último mandato que se saldou por um trabalho nulo nesta área tão importante mas negligenciada pelos membros da Direcção anterior da Competência, foi criada uma nova lista que abaixo se apresenta e que parece ser um grupo de personalidades verdadeiramente interessadas num trabalho construtivo na área da gestão de saúde em Portugal.

Referimos também que, no seu manifesto eleitoral, foram parcos nas promessas como deve ser para quem está a reiniciar um trabalho falhado por outros, mas de realçar a ideia de organização e apoio a iniciativas relacionadas com a gestão de saúde assim como

o desejo de uma colaboração estreita com a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde, única associação do género em Portugal que representa os médicos e alguns profissionais de saúde sem que nela façam parte as Instituições particulares, sociais ou governamentais. A nova lista é composta por: Adalberto Campos Fernandes; Alberto António Moreira Caldas Afonso; António Augusto de Almeida Vieira; Duarte Nuno Pessoa Vieira; Fernando Manuel Ferreira Araújo; Helena de Fátima Ventura Bugada; João José da Silva Furtado; José Pedro da Fonseca Moreira da Silva; Maria Alexandra Martins Machado; Maria de Fátima Soares da Costa Carvalho.

Acordo SPGS/Direcção da Competência para planeamento de trabalho a realizar em 2013

ADirecção da Competência em Gestão terá a sua primeira reunião de trabalho no próximo dia 15

e esperamos nessa altura poder formalizar uma parceria activa e dinâmica entre estas duas entidades que promova a

gestão da saúde no nosso país e que faça com que os médicos sejam mais ouvidos por quem de direito porque eles, melhor

que ninguém, conhecem o que é gerir a saúde de quem está fragilizado e à espera de um apoio humano e eficaz.

SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

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

Ficha de 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

