

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.

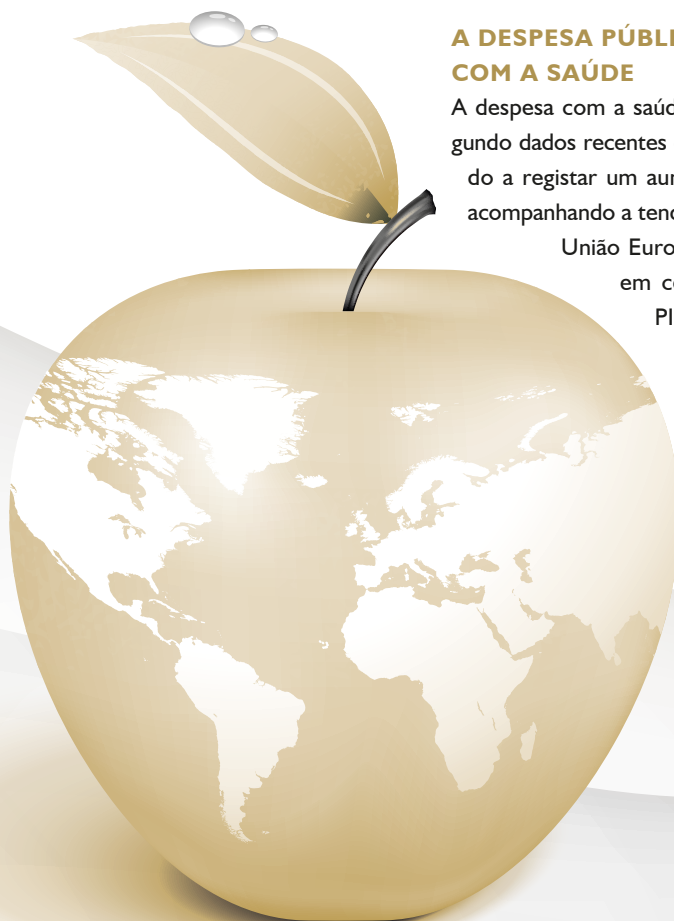
A DESPESA PÚBLICA COM A SAÚDE

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 pronuncio. 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