

Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Março 2013 • N.º 9



Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da OM – Para que Serve a sua Dinamização?

José Pedro da Fonseca Moreira da Silva

A Gestão do Erro em Cuidados Médicos
Helena Bugada

Saúde, Inovação e Coesão Social
Adalberto Campos Fernandes

Estratégia para Assegurar a Sustentabilidade em Medicina Transfusional: o caso do Centro Hospitalar de São João, EPE

Fernando Araújo, Jorge Jorge, João Martins,
Raimundo Filipe, Cristina Neves e Margarida Tavares

Dotações Seguras em Enfermagem como Reflexo na Qualidade dos Cuidados Prestados
Verónica Santos

Sumário

2 Estatuto Editorial

3 Mensagem
Miguel Sousa Neves

4 Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos: para que serve a sua dinamização? —
José Pedro da Fonseca Moreira da Silva

6 A gestão do erro em cuidados médicos
Helena Bugada

9 Saúde, Inovação e Coesão Social —
Adalberto Campos Fernandes

10 Estratégia para assegurar a sustentabilidade em medicina transfusional: o caso do Centro Hospitalar de São João, EPE
Fernando Araújo, Jorge Jorge, João Martins, Raimundo Filipe, Cristina Neves, Margarida Tavares

18 Dotações seguras em enfermagem como reflexo na qualidade dos cuidados prestados
Verónica Santos

24 Livros

26 Sites

27 Ficha de Inscrição de Sócio da SPGS

28 Notícias



FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE
Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 9 • Março 2013

DIRECTOR
Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO
Marinha Abreu

REDACÇÃO, DESIGN E PRODUÇÃO
VFBM Comunicação

PROPRIEDADE
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
E-mail: info@spgsaude.pt
Site: www.spgsaude.pt

DEPÓSITO LEGAL
239095/06

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

PERIODICIDADE
Quadrimestral

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

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

Com os tempos difíceis que correm, é inevitável que a SAÚDE seja também afectada pelos cortes sucessivos numa tentativa do Governo de poupar e cortar despesa onde puder. Felizmente que temos um Ministro, em minha opinião, num patamar muito acima de vários colegas do elenco governativo no que respeita a competências para o cargo, que se tem preocupado em exercer o seu poder com contenção e sentido de dever. Aos poucos vai acumulando maiores conhecimentos na área de gestão de saúde e percebendo que o “negócio” é muito diferente de outras áreas governativas. Aqui temos que gerir o nosso bem mais precioso: a nossa saúde, sem a qual tudo à nossa volta pode ruir até ao destino final. Tendo em devida conta o modelo adotado pelos portugueses no que respeita a uma saúde tendencialmente gratuita e de protecção aos mais desfavorecidos mas garantindo também um acesso a todos, é essencial que o Ministro da Saúde e a sua equipa possam continuar a “olhar” com bom senso e muita preocupação para os problemas sucessivos que vão fazendo face a todo o momento. E é essa gestão de equilíbrio que poderemos ir garantindo uma acessibilidade e qualidade na saúde relativamente boa a todos os portugueses. Os operacionais – profissionais de saúde – com des-

taque para os médicos que têm o poder e a responsabilidade de tratar da melhor forma os seus pacientes, são necessariamente o motor da SAÚDE EM PORTUGAL. Por isso o Ministro deverá continuar a chamá-los a comparticipar na gestão do nosso BEM ESSENCIAL criando-lhes condições e mecanismos que permitam que a sua acção se situe, não só no tratamento directo dos doentes, como também na definição das políticas e das decisões que se vão tomando nesta área.

A Direção da Competência em Gestão da Ordem dos Médicos esteve praticamente parada no tempo assim como, por exemplo, a nossa sociedade (Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde) porque houve um momento em que os médicos se aperceberam que quem “mandava” na saúde não estava nada interessado na sua colaboração. Talvez o desejo fosse mesmo arrumar os médicos para um canto apesar destes profissionais – para azar do Ministro da altura – serem **de facto** essenciais na gestão da saúde, da nossa saúde.

Agora que sentimos uma abertura por parte de quem nos governa para uma participação mais ativa, aqui estamos, revitalizados e com uma vontade enorme de colaborar e ajudar a manter níveis de eficácia e eficiência aceitáveis apesar da crise que nos rodeia.

Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem Para que serve a sua dinamização

José Pedro da Fonseca Moreira da Silva

Coordenador da Direcção em Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos

Autor

A Competência em Gestão dos Serviços de Saúde foi criada pela Ordem dos Médicos para que os colegas com diferenciação em gestão em saúde tanto pela experiência adquirida nas chefias de Serviços/Departamentos como também em cursos reconhecidos de pós-graduação e mestrados fossem devidamente reconhecidos pelas entidades públicas ou privadas e competentes nos seus locais de trabalho. Teve por objectivo a melhoria das qualificações dos médicos nesta área específica pela organização e colaboração em iniciativas que promovessem formação na gestão em saúde.

Esta nova comissão directiva pugna pela criação de iniciativas próprias, o estabelecimento de sinergias com todas as organizações que se preocupam com a gestão em saúde, nomeadamente a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS), e pretende assim relançar esta Competência fazendo com que a mesma passe a ser uma mais-valia para os colegas nela inscritos e um meio de aprofundamento de conhecimentos nesta área para todos os colegas inscritos na Ordem dos Médicos.

Nesse sentido os nossos primeiros passos foram numa revisão dos critérios de admissão a esta Competência assim como num reconhecimento efectivo das entidades que promovem cursos de pós-graduação através do conhecimento da programação das formações específicas nestas áreas. Este processo de reconhecimento implicará o envio para esta direcção da competência das informações acerca do programa curricular, lista dos Docentes e a sua qualificação académica e profissional, do número

de auditores admitidos para cada curso e critérios de admissão, do número de médicos que frequentaram o curso nos últimos três anos, da carga lectiva total e seus componentes, dos processos e critérios de avaliação, entre outros.

Noutras matérias ainda não abordadas defendo, *a título pessoal e para levar a discussão*, uma medicina convencionada controlada pelo Estado (controlo da qualidade) separando o pagador do prestador de cuidados, sem interferências, logo numa perspectiva de completa independência.

Defendo também que se caminhe para um sistema de exclusividade do médico hospitalar com remunerações justas e adequadas conjuntamente à criação de incentivos de produção, a partir de uma produção base.

Os médicos devem ter a noção que são o maior e melhor parceiro social para a gestão da saúde e que não se podem demitir dessa função, como tem acontecido até agora.

No que se refere à Carreira Hospitalar, urge preservá-la da degradação da não progressão, sugiro carreiras mais curtas, com a possibilidade de transição para o sector privado, uma vez adquiridos os conhecimentos essenciais.

Outra reflexão, diz respeito à construção e implementação de Hospitais desnecessários, conduzindo a um excesso de camas em termos de taxa de ocupação. Fazer um completo levantamento das necessidades em hospitais de retaguarda, para uma melhor compreensão das carências ao nível do país uma vez que a carência em hospitais de cuidados continuados, continua a ser flagrante. Cimentar o estabelecimento de protocolos entre serviços hospitalares.

Continuar a fazer uma completa reformulação das urgências dos nossos hospitais.

Por outro lado e tendo em atenção que os cuidados hospitalares e a medicina familiar fazem parte de todo um conjunto, continuar a reformular a Medicina Geral e Familiar ao nível da formação, gestão e contratação, contemplando o estabelecimento de protocolos entre serviços hospitalares e grupos de médicos da medicina geral e familiar, indicativos do “como e onde” actuar em termos de investigação pré-hospitalar (o risco das normas orientadoras deve ser enfatizado neste contexto).

Defendo o papel fulcral do Médico na Gestão, reafirmando que a gestão hospitalar passa ao lado do médico desde a Faculdade, Internato Geral e Complementar, por vezes mesmo no grau de Assistente Hospitalar e por fim em cargos de topo na hierarquia administrativa das instituições.

Teremos, no entanto, de ter em atenção o conflito gerado por vezes entre o interesse das pessoas com a sua graduação, face aos lugares de administração hospitalar.

Entendo que o órgão de gestão tem que ser coeso e de nomeação, com programa ou não, e ser peça fundamental do SNS – logo, nomeado pelo responsável governamental do processo. O órgão de gestão tem depois que ser avaliado face aos resultados obtidos com base em premissas de custo-efectividade e custo-qualidade.

O Hospital/Empresa com autonomia financeira, administrativa e jurídica e com

dos Médicos

o?

planificação de lucros essenciais à sua progressão mas sempre sujeito a avaliação da qualidade e a ser pago, conforme os serviços prestados, teria de pelo menos não apresentar resultados negativos, mas se na sua administração se revelasse como insolvente, isto é, em estado de falência técnica como acontece a tantos dos nossos Hospitais, então devia considerar-se o seu encerramento.

Acentuo a necessidade de definir objectivos

de produção e seus custos reais, para cada instituição e acabar de vez com o sub-financiamento dos hospitais.

Outra vertente importante respeita ao nível de cuidados que cada instituição quer prestar. Continua a faltar um planeamento concertado (hospitais a mais e sub-equipados), e sempre o problema da impossibilidade de contenção face ao disparo explosivo dos custos em saúde. É importante criar um sistema de creditação hospitalar, ou de serviços hospitalares. Como todos sabem em Saúde a oferta desencadeia a procura, donde a justificação para a implementação cada vez maior de sistemas de ambulatório que são claramente mais elásticos e funcionais do que o internamento habitual. A reformulação deve passar mesmo pela coragem do fecho de alguns hospitais.

Defendo a organização vocacional das instituições em que a formação contínua constitua um objectivo institucional, incluindo a investigação em clínica aplicada, da qual a organização hospitalar depende em certa medida que se objectiva, por exemplo, na legislação que rege os Concursos Hospitalares. Por outro lado se a formação, o ensino e a investigação são contabilizados na avaliação, já a actividade assistencial não o é e penaliza os hospitais mais para aí vocacionados.

Na gestão do Hospital, o médico comporta-se como o *pivot* central, no interesse do doente, devendo os seus direitos enquanto trabalhador ser remetidos aos sindicatos. A gestão de topo deve ter médicos para ter

um cunho pessoal e social e não financeiro e o Presidente do Conselho de Administração deve ser sempre um médico. Os Conselhos de Administração devem ser escolhidos com o cuidado necessário para que coexista coesão, inovação e capacidade de empatia entre os seus membros.

É essencial garantir formação em gestão de saúde dos colaboradores não médicos que existem actualmente nas unidades hospitalares.

Quanto à conjuntura actual em torno dos concursos da carreira médica hospitalar, acentuo que a gestão do pessoal não pode nem deve ser espartilhada como acontece presentemente em que se assiste a um certo “carreirismo”, condicionado pelas frequentes impugnações de concursos. Entendo que as carreiras médicas devem continuar a ser reformuladas e não serem tão rígidas que impossibilitem o incentivo aos profissionais e estabelecimento de mínimos. Aponto a “receita” como instrumento básico de gestão numa gestão democrática participativa ou representativa, acrescentando ainda que a autonomia da gestão permite alguma maleabilidade que, no entanto é condicionada pela falta de imaginação legal. Em conclusão devemos continuar a incentivar a gestão, ensino e investigação nas instituições, a criação de normas e fazer avaliações e a possibilidade de contratação global com instituições privadas por inteiro e não utilizar a técnica de contratos tipo “salame”. Devemos ainda repensar o que queremos em termos de gestão colocando esta ao serviço dos doentes, com a melhor prática médica mas com preocupações de fazer o melhor com o menor gasto económico.



A gestão do erro em cuidados m

Helena Bugada

Membro da Direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos

Autor

É um facto que há erros médicos, como há erros em todas as profissões. O que é fundamental é detectá-los atempadamente, identificar as suas causas e consequências, aprender com eles e saber preveni-los. Não é culpabilizar

de execução) ou quando tenha sido utilizado um plano incorrecto para alcançar determinado objectivo (*erro de planeamento*).

A questão central está na gestão do erro humano. Esta questão tem também duas componentes: a limitação da incidência de

nizacionais que lhes dão origem.

Podemos também falar em erros “activos” e erros “latentes”. Os erros activos são os que ocorrem a nível do operador da linha da frente sendo os seus efeitos sentidos no imediato.

Os erros latentes saem da alçada do controlo directo do operador e incluem os erros de instalação incorrecta, falta de manutenção, más decisões de gestão, organizações mal estruturadas. Os erros latentes representam uma grande ameaça à segurança num sistema complexo porque são frequentemente irreconhecíveis e têm a capacidade de resultar em múltiplos tipos de erros activos.

A população tem de confiar na organização de saúde que procura e esta tem de gerir a trajectória do doente, centrando-se no controlo das contingências que ocorrem de um modo inesperado e desconhecido, que a complexidade e a especificidade de cada caso configuram. Quando um acontecimento adverso (lesão causada por má gestão médica e não pela doença) ocorre, a questão importante não é quem fez, mas como e por que razões falharam as defesas. Isto não significa que se tolere a negligência individual. Deve-se sim, criar regras e procedimentos claros para todos “falarem a mesma linguagem”.

A questão central está na incapacidade do sistema para gerir o inesperado que provoca os erros, que emergem no trabalho diário, quotidiano, repetitivo até.

A própria tentativa de controlo de custos de uma forma cega tem também repercussões nos actos clínicos e na sua segurança. O problema não está só no indivíduo (pro-



este ou aquele indivíduo, responsabilizá-lo e usar apenas medidas disciplinares contra o profissional mais directamente envolvido que se resolve o problema do erro.

Assim sendo, o problema do erro humano, pode ser visto em duas vertentes: o *erro centrado no sistema* (que tem origem em factores sistémicos) e o *erro centrado no indivíduo* (causado por processos mentais aberrantes como o esquecimento, desatenção, fraca motivação ou negligência que levam à violação dos procedimentos). Cada uma delas dá lugar a diferentes “filosofias” com implicações práticas importantes.

Podemos definir “erro” como a falha ou incumprimento de uma acção planeada (*erro*

erros e que estes não sejam totalmente efectivos, criando sistemas que sejam mais capazes de detectar precocemente os erros e conter ou limitar os seus efeitos lesivos.

Não se pode mudar a condição humana (errar é humano), mas é possível mudarem-se as condições nas quais os humanos trabalham, fazendo portanto uma gestão proactiva. Os humanos são seres falíveis e os erros podem acontecer mesmo nas melhores organizações. São vistos como consequências mais que como causas, tendo as suas origens não tanto na perversidade da natureza humana mas mais nos factores do sistema. Estes incluem erros recorrentes detectados nos locais de trabalho e nos processos orga-

édicos

fissional de saúde), mas na transformação do sistema. Prevenir os erros é desenhar um sistema de saúde com o objectivo de o tornar mais seguro.

A negligência é um efeito adverso previsível, mas que satisfaz pressupostos do ponto de vista legal, para que possa ser considerada (isto é, se os cuidados prestados a um determinado indivíduo e em determinadas circunstâncias, foram negligentes em relação ao padronizado pelo “estado da arte” naquela situação clínica, e naquele indivíduo). Quando há situações imprevistas devem-se saber gerir e é aqui que reside a fiabilidade ou *reliability* das organizações (capacidade para descobrir e gerir eventos inesperados). Dentro da organização os indivíduos renegoceiam a sua participação, elaboram e reelaboram constantemente a cooperação através do ajustamento mútuo, tentando controlar o que é importante para as suas tarefas. É na divergência que reside a chave da detecção das anomalias. Para estas organizações o objectivo da segurança não está tanto em prevenir falhas isoladas quer humanas quer técnicas, mas tornar o sistema tão robusto como prático, face aos erros operacionais e humanos.

Tudo o que é previsível e determinado é possível de ser planeado, automatizado, informatizado. O que exige o reposicionamento do conceito e prática do trabalho. Este, centra-se hoje, sobretudo na capacidade de enfrentar os incidentes, isto é, os acontecimentos que se produzem de maneira parcialmente imprevisível e surpreendente, que vêm perturbar o desenvolvimento normal do sistema de produção, ultrapassando a capacidade do sistema téc-

nico assegurar a sua auto-regulação. “Estes incidentes traduzem um questionamento interno ao sistema quanto à sua (in)capacidade de os evitar/resolver/avaliar, revelando a fronteira do sistema e logo a sua periferia” (Rasmussen, 1994).

Fazer face ao incidente é, nesta perspectiva, estar atento ao meio. Desenhar respostas pertinentes e entende-las, elas próprias, como um processo de acontecimentos no seio do qual se estudam diferentes opções e se implementam as mais adequadas. Trata-se de saber criar respostas a um meio envolvente social complexo e em permanente mutação.

Esta configuração do trabalho questiona o conceito de competência. A competência aliada à inteligência emocional, é hoje, basicamente a capacidade de fazer face, de um modo pertinente a acontecimentos imprevistos e aleatórios.

“A competência não é um estado ou um conhecimento que se



detém... ela realiza-se na acção. Não tem existência prévia. A competência só se manifesta na acção” (Boterf).

Um poderoso instrumento para fazer face ao erro em Saúde é a *qualidade*. Com *qualidade*, faz-se melhor, com mais eficiência, e sobretudo com mais segurança.

É a *qualidade* em saúde que constitui a abordagem correcta para a prevenção do erro, satisfazendo os utentes, a realização dos profissionais, o agrado dos financiadores, permitindo a optimização dos recursos, o combate ao desperdício e a valorização dos verdadeiros valores em saúde.

A normalização de procedimentos baseados nas boas práticas, leva à redução da variabilidade, aumentando a probabilidade de fazer bem logo à primeira. Fazer a “coisa” certa, de forma certa, à pessoa certa, no momento certo.

Quanto aos custos do erro, estes podem ser *directos* e *indirectos*, sendo pagos pela sociedade, pacientes e pelos profissionais de saúde. Os *directos* referem-se a despesas mais altas com os cuidados de saúde, e os *indirectos* incluem os factores como a diminuição da produção, absentismo escolar e de trabalho, custos com a incapacidade, e custos pessoais de cuidados. Há também perda de confiança no sistema por parte dos pacientes e diminuição da satisfação dos pacientes e profissionais de saúde. Os pacientes pagam com uma incapacidade ou uma estadia maior no hospital, desconforto físico e/ou psíquico e os profissionais pagam com a perda da moral e a frustração de não terem sido capazes de prestar os melhores cuidados possíveis. Embora o risco de morrer em resultado de erro médico ultrapasse em muito o risco de morrer de acidente de aviação, dá-se maior importância (infelizmente) ao aumento de segurança das companhias aéreas do que se gasta nos hospitais para os tor-

nar mais fráveis nos cuidados à população. A prevenção do erro é uma ciência desenvolvida em muitas empresas e assim sendo, porquê é que os hospitais não fazem mais para tirar vantagem deste conhecimento?

As “comissões hospitalares de gestão do risco” deveriam fazer relatórios detalhados dos incidentes, para que fossem analisadas todas as ocorrências que resultassem em danos ou não aos doentes, avaliar-se-iam todos os factores etiológicos e seriam então encontradas as soluções, propondo as mudanças a introduzir no sistema, para que os incidentes não se repetissem, aprenden-

do com os erros e elaborando estratégias de prevenção dos mesmos. Estas comissões deveriam integrar não só profissionais de saúde mas também representantes dos utentes dos serviços de saúde, para uma melhor interacção entre os factores externos e internos das organizações de saúde. A mudança de cultura no sistema de saúde é urgente e depende em grande parte do envolvimento e participação dos diferentes *players* através de abordagens de carácter multidisciplinar e interdisciplinar. Só desta forma será possível transformar as organizações de saúde incutindo os valores de melhoria contínua da qualidade enquanto vectores críticos do sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Amoore, J., Ingram, P. – *Quality improvement report: learning from adverse incidents involving medical advices*. BMJ 2002; 325: 272-275
- Berwick D. – *Continuous improvement as ideal in health care*. N Eng J Med 1989, 320: 53-56
- Donabedian A. – *The Quality of Care: how can it be assessed?* JAMA 1988;260:1748-8
- Institute of Medicine. – *To err is human: building a safer health system-report of the Committee on Quality of Health Care in America*. Washington: National Academy Press, 2000
- Reason, J. – *Human Error: models and management*. BMJ, 2000; 320:768-770
- Reason, J. (1997) – *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate Publishing Limited
- Tucker, A., Edmondson, A. (2003) – *Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change*, In *California Management Review* 45, 2, p. 55-72
- Vincent, C (2000) – *How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol*. BMJ, 2000; 320: 777-781



Saúde, Inovação e Coesão Social

Adalberto Campos Fernandes

Membro da Direcção da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos

Autor

A modificação das condições sociais e económicas, dos problemas relativos ao emprego, da tendência para a concentração urbana e a emergência de novas formas de expressão da pobreza têm contribuído para um condicionamento importante no desempenho do sistema de saúde.

Neste processo, de transformação social, marcado por uma transição demográfica muito rápida, os sistemas de protecção social têm revelado uma preocupante incapacidade de adaptação a esta nova realidade. Ao mesmo tempo, o aumento contínuo dos custos, em saúde, tem incentivado a procura de novos modelos de financiamento e de organização da prestação de cuidados, tendo as questões da sustentabilidade passado a dominar a agenda política.

Os sistemas de saúde têm sido submetidos a um complexo mosaico de pressões muitas vezes contraditórias tentando superar a difícil equação de garantir mais acesso, com melhor qualidade e, ao mesmo tempo, contrair os recursos financeiros consignados a esta missão.

Este dilema tem sido agudizado pelo impacto da evolução científica e tecnológica, assinalada nas últimas décadas pondo em causa o modelo tradicional dos sistemas de saúde quer no plano das necessidades de financiamento quer no plano da organização e da prestação de cuidados.

Com efeito, a capacidade de inovação e de desenvolvimento técnico, clínico e científico modificou, substancialmente, o padrão de morbilidade e a evolução natural de muitas doenças. Em muitos casos o perfil de expressão clínica transformou-se, comple-

tamente, com implicações directas na sobrevivência de milhares de doentes. A infecção pelo VIH-SIDA representa talvez o exemplo mais paradigmático dessa mudança.

Cada vez mais se constata que a qualidade dos cuidados de saúde regista uma forte dependência de um mercado global de inovação, limitando a capacidade dos governos para restringir o acesso a medicamentos e a dispositivos biomédicos que aportam valor à vida e interferem de uma forma positiva na qualidade das respostas em saúde.

Estamos, sem dúvida, perante um dos maiores desafios com que as sociedades modernas se defrontam no seu processo de desenvolvimento.

É por isso inevitável encarar a incorporação das novas tecnologias como uma condição crítica do sucesso de qualquer sistema de saúde. Esta necessidade decorre de um imperativo ético e moral que deve ter em conta o valor da vida humana, a justiça social e a equidade.

No essencial a questão que se coloca é como garantir o uso racional da tecnologia, num contexto de custo-efectividade, sem comprometer os deveres de solidariedade entre os cidadãos, na adequada utilização dos recursos em saúde.

A questão central passa por consciencializar todos os agentes de que a repartição dos recursos, para ser solidária, tem de ter em conta escolhas baseadas na definição criteriosa de prioridades. A reorientação global, do sistema de saúde, constitui uma oportunidade para conjugar as estratégias de saúde com os modelos de organização tendo em conta a eficácia das respostas requeridas.

A definição das prioridades em saúde deve



ter como ponto de partida critérios de natureza clínica e de salvaguarda das necessidades de saúde das populações. Por essa razão é fundamental chamar ao processo de decisão a comunidade científica e os profissionais de saúde, particularmente, os médicos pela natureza especial da sua autonomia e consequente responsabilidade nos processos de decisão diagnóstica e terapêutica.

Uma sociedade moderna, orientada para o desenvolvimento e para a justiça social, não pode deixar de considerar como prioritária a definição de estratégias que tenham como alvo a promoção da saúde e a prevenção da doença num contexto acrescido de exigência ética e de responsabilidade social na acção política.

Os sistemas de saúde contribuem, decisivamente, para melhorar os índices de desenvolvimento humano. Apostar no seu aperfeiçoamento e na melhoria do acesso, a cuidados de saúde de qualidade, é apostar numa sociedade mais justa, mais equilibrada e mais orientada para o progresso.

Estratégia para assegurar a sustentabilidade transfusional: o caso do Centro Hospitalar de S. João

Fernando Araújo, Jorge Jorge, João Martins, Raimundo Filipe, Cristina Neves e Margarida Tavares
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Autores

INTRODUÇÃO

No início do ano de 2012 assistiu-se a uma redução profunda do número de dívidas de sangue, fruto essencialmente da eliminação da isenção das taxas moderadoras hospitalares para os doadores de sangue, o que condicionou uma forte desmobilização.

Esta situação foi tão grave, que levou o Instituto Português de Sangue e Transplantação, IP (IPST) a emitir vários alertas na comunicação social nos primeiros meses



Figura 1. Jornal Público de 17-01-2013

de 2012, sensibilizando a população para este problema. As quebras, nalguns locais, foram superiores a 20%. De sublinhar que tal nunca tinha acontecido nesta época em anos anteriores e não existiram outros factores exógenos relevantes (ex. actividade gripal) para explicar o sucedido.

As campanhas nacionais que posteriormente foram efectuadas conseguiram atenuar este problema, mas sem o resolver, tendo as dívidas de sangue caído cerca de 12% durante o ano de 2012, quando comparado com 2011, de acordo com as notícias veiculadas na comunicação social.

O Centro Hospitalar de S. João, EPE (CHSJ) já não era auto-sustentável nesta área há vários anos, fruto de um aumento crescente do consumo associado a uma manutenção do número de colheitas, o que se traduzia num desequilíbrio estrutural. Nos anos de 2010 e 2011, o CHSJ teve que solicitar cerca de 2.000 unidades de sangue/ano ao IPST.

Para além disso, o CHSJ nos primeiros meses de 2012 também sentiu a quebra, acompanhando a mesma tendência das outras instituições, tendo-se chegado a ponderar adiar cirurgias programadas (algo que já não acontecia nesta instituição há muitos anos).

De forma a evitar consequências para os doentes foi elaborada localmente uma estratégia que pretendia captar e fidelizar novos doadores de sangue, para inverter esta tendência de forma efectiva.

ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E MARKETING PARA CAPTAÇÃO E FIDELIZAÇÃO DE DADORES DE SANGUE

1. A Visão: 'O Banco de Sangue S. João'

O Gabinete de Comunicação e Marca e o Gabinete de Gestão e Imagem do Serviço de Imuno-Hemoterapia (SIH) do CHSJ, desenvolveram uma estratégia que tinha como objectivo fundamental assegurar a auto-sustentabilidade da instituição em termos de dívidas de sangue, numa altura em que a instituição todos os anos tinha que solicitar unidades de sangue ao IPST e num ano em que se previa uma redução acentuada dos stocks de sangue.

Para tal foi criado um plano de comunicação e marketing integrado com a finalidade de captar novos doadores, fidelizar os actuais e dinamizar a dívida, tudo alicerçado numa estratégia corporativa do CHSJ. Quer incentivando vários públicos, quer utilizando os mais variados canais, a estratégia prendeu-se por, fase a fase, ir passando a mensagem para o público-alvo.

Foi previamente estudado o comportamento deste dador/potencial dador para poderemos inserir no seu dia-a-dia o hábito regular de doar sangue. A estratégia passou por aplicar a este "cliente" e através das mais variadas técnicas de comunicação, um *call to action*: 1º Informamos; 2º Motivamos; 3º Seduzimos; 4º Insistimos e Fidelizamos.



Figura 2. Logótipo criado em 2012, para corporizar a marca do serviço

A nível de leitura de mercado utilizou-se uma estratégia "inside-out" que se pode descrever globalmente em três vectores e na seguinte ordem: interno, parceiros, público em geral.

Um dador informado é um dador consciente que sabe quando pode e deve doar sangue, assim como um dador solidário está disposto a dar o braço por quem precisa, pronto a salvar a vida de alguém. Daqui partiu a nossa campanha de comunicação, com o exemplo de personalidades, colaboradores e cidadãos

ntabilidade em medicina ospitalar de São João, EPE

comuns que assumem o tipo de pessoas que são e de que forma isso pode marcar a diferença.

II. “Praça da Alegria” (programa da RTP1)

A realização de um dos programas mais vistos na televisão, durante o período diurno da semana “Praça da Alegria”, dedicado especificamente à dádiva de sangue no CHSJ e realizado no espaço físico da instituição, no final do mês de Junho, foi a primeira ini-



Figura 3. Programa “Praça da Alegria”, entrevistando a Associação de Dadores dos Lions Club da Trofa

ciativa de toda a estratégia, neste caso focalizada para um determinado público-alvo, mas que serviu como alavanca para as restantes medidas, implementadas no segundo semestre de 2012.

III. As imagens da Sónia Araújo e do Jorge Gabriel como rostos da campanha

Os apresentadores da Praça da Alegria,

Sónia Araújo e Jorge Gabriel, aceitaram ceder a sua imagem como rostos da campanha de promoção da dádiva no Banco



Figura 4. As imagens da Sónia Araújo e do Jorge Gabriel como rostos da campanha

de Sangue São João. Nesse sentido foi efectuada uma sessão fotográfica e elaborado um conjunto de cartazes e flyers, bem como aproveitadas as imagens para divulgação nas redes sociais.

IV. Campanha Interna no CHSJ

Tendo a instituição cerca de 5.700 funcionários, era importante começar a estratégia por este ambiente, por várias razões:

- Pelo número de potenciais dadores;
- Pelo facto de estando a trabalhar na instituição não terem despesas com transportes ou perda de tempo na deslocação para efectuar as dádivas;
- Facilmente se poderem transformar em dadores regulares, pois são sensibilizados todos os dias que vão trabalhar;

- Por outro lado sendo profissionais de saúde compreendem os riscos e as contra-indicações, podendo tornar-se dado-

res mais seguros;

- Numa altura em que se solicita um esforço a todos os cidadãos, para colmatar as falhas de suporte de componentes do sangue ao hospital, os profissionais deveriam ser os primeiros a dar o exemplo, tornando-se agentes activos na promoção da dádiva, junto dos familiares, amigos e colegas;
- Por último, esperava-se obter um efeito positivo, ainda que de forma indirecta, que pudesse levar a uma redução do consumo de componentes do sangue, pela consciencialização da dificuldade na sua obtenção.

Entre as várias medidas que foram adoptadas neste âmbito é de realçar:

- Publicidade no exterior do hospital – colocação de dois cartazes de grandes dimensões, junto ao parque principal e junto à entrada do serviço de urgência, que marcam definitivamente uma mensagem sobre a importância do acto de doar sangue;



Figura 5. Os Colaboradores do CHSJ que deram o rosto pela campanha (médicos, enfermeiros, psicólogos, administradores hospitalares, assistentes técnicos, assistentes operacionais, ...)

- Cartazes – efectuada uma sessão fotográfica e elaborado um conjunto de cartazes com os rostos de elementos dos serviços



Figura 6. Cartaz de grandes dimensões que se encontra no parque de estacionamento do CHSJ

clínicos e não clínicos da instituição, que foram afixados por todo o hospital e que servem de mote para os profissionais, utentes e visitantes para esta causa;

- Correio interno – enviado um ofício a todos os profissionais do hospital, informando-os da campanha e solicitada a sua colaboração;
- Intranet – dada visibilidade a todas estas medidas na intranet do hospital;
- Dia de tolerância – o Conselho de Administração aprovou a possibilidade dos profissionais poderem ter tolerância, no dia em que efectuem a dádiva, de forma a garantir a sua segurança;
- Guia/Manual de Acolhimento no CHSJ – aprovado pelo Conselho de Administração do CHSJ, a inclusão

no Guia/Manual de Acolhimento no CHSJ dos novos colaboradores, a necessidade de conhecerem o SIH e serem sensibilizados para esta causa.

V. Aplicação para Telemóveis

Dois dos problemas identificados nesta

área, era a ausência de um instrumento que recordasse aos dadores de sangue que estava na altura de voltar a doar sangue, bem como a necessidade de adaptar as novas tecnologias à promoção da dádiva, de forma a captar um conjunto de dadores mais jovens, com especial foco na população universitária.

Nesse contexto, o SIH fez uma parceria com uma empresa de sistemas de infor-



Figura 7. Aplicação para telemóveis Dador S João

mação (GLINTT), com elevada experiência nesta área, e juntos criaram, sem custos, a aplicação 'DADOR S JOÃO', que está disponível na App Store e na Google Play, onde pode ser descarregada de forma gratuita. Esta aplicação permite ao dador de sangue ser alertado quando está na altura de poder



Figura 8. As imagens dos jogadores de futebol, João Moutinho e André Castro, como suportes da campanha



efectuar a sua próxima dádiva, mas para além disso inclui um conjunto de funcionalidades, com destaque para a disponibilização das datas das dádivas, resultados das análises, possibilidade de solicitar a declaração da isenção das taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários, bem como

outras informações de interesse para o dador (onde, como, quando e de que forma pode doar sangue).

VI. Futebol Clube do Porto

Com o objectivo de captar um público mais jovem e aproveitando a imagem dos



Figura 9. Notícias da comunicação social na cerimónia de lançamento da app

jogadores de futebol da equipa principal do Futebol Clube do Porto (FCP), bem como aliando a sua marca à imagem do Banco de Sangue, numa partilha da responsabilidade social, foi delineada uma campanha que incluiu várias vertentes:

- Sessão fotográfica e elaboração de um filme promocional, com João Moutinho e André Castro;
- Elaboração de cartazes promocionais com as imagens dos jogadores;



Figura 10. Site do FCP noticiando a presença dos jogadores do FCP na campanha

- Utilização dos rostos e dos vídeos nas redes sociais;
- Utilização dos vídeos no intervalo dos jogos do FCP, realizados no estádio do Dragão;

- Conferência de imprensa de lançamento da app, que contou com os jogadores e que ajudou a dinamizar a sua promoção na comunicação social.

VII. Campanha nas Escolas de Ensino Superior

O CHSJ encontra-se inserido num pólo universitário com um conjunto elevado de escolas de ensino superior, o que torna estes milhares de alunos um público-alvo de excelência. Podem ser motivados para a dádiva, cruzam-se com o hospital nas suas



Figura 11. O Director da Faculdade e o Presidente da Associação de Estudantes da FMUP

viagens diárias (nomeadamente através dos STCP e do Metro), dispõem de tempo livre durante o dia (antes, entre ou após as aulas) e vão pelo menos ficar durante alguns anos nesta área geográfica.

De sublinhar que a promoção da dádiva acaba por ter outros efeitos indirectos positivos, como a sensibilização para comportamentos de risco (nomeadamente sexuais e uso de drogas ilícitas), o que a torna muito relevante neste escalão etário.

A campanha centrou-se, nesta primeira fase, essencialmente na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e na Universidade Fernando Pessoa, integrando uma sessão fotográfica com docentes, discentes e funcionários não docentes, para a elaboração de cartazes e outros instrumentos promocionais da dádiva, que foram colocados nas instalações das escolas.

Na tentativa de dinamizar a campanha, incluiu-se a promoção da dádiva nas actividades da praxe e nas actividades das comissões de curso, na intranet das instituições e nos mailings internos.

VIII. Campanha nas escolas

Foi efectuada a promoção da dádiva de sangue em escolas secundárias, especialmente para turmas do 3º ciclo, e realizadas acções de recolha de sangue nas suas instalações. O objectivo foi sensibilizar os alunos, que dentro de um a dois anos podem tornar-



Figura 12. Colaboradores da Universidade Fernando Pessoa na campanha pela dádiva de sangue

aumento relativo de 17%, quando comparado com a média nacional (Tabela 1).

II. Concentrados Unitários de Plaquetas

No sentido de dar uma resposta adequada às necessidades de Concentrados Unitários de Plaquetas (CUP), essencialmente para

doentes da Hematologia Clínica, evitando o recurso ao pedido destes componentes ao IPST, implementou-se um projecto de dinamização e sustentabilidade deste sector: duplicou-se o número de equipamentos de aférese, alocou-se profissionais de enfermagem a esta actividade e aumen-

tou-se a disponibilidade para os dadores, abrindo turnos de atendimento à tarde e ao fim-de-semana.

Os resultados ultrapassaram as nossas melhores expectativas, tendo sido colhidos 591 CUP, o que significa cerca de 49 CUP/mês, garantindo as necessidades actuais da instituição.

III. Fidelização dos dadores de sangue

A fidelização dos dadores é um dos objectivos fundamentais dos bancos de sangue, no sentido em que apenas desse modo podemos ter um aporte de dádivas sustentado no tempo, de forma previsível e programado, bem como pela demonstração que é evidente em todos os estudos internacionais, de que os dadores regulares são mais seguros em termos de risco infeccioso.

Devido a este contexto, as medidas que visam promover as dádivas devem ter sempre por base que essa sensibilização e colheita se realize de um modo a tornar regulares os eventuais primeiros dadores e não em locais ou com políticas que podem ter como resultado dádivas isoladas.

Por outro lado, em virtude da campanha que foi efectuada pelo 'Banco de Sangue

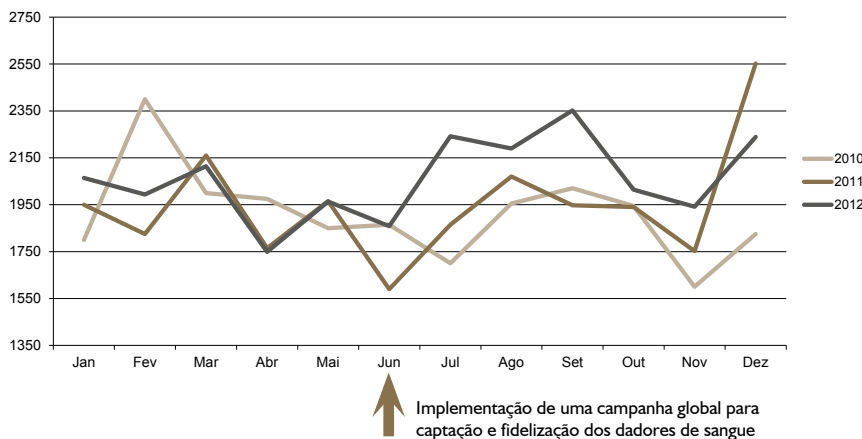


Figura 16. Evolução das colheitas de sangue (2010-2012)

Colheitas de Sangue	2010 (número)	2011 (número)	2012 (número)	Var 12/10 (%)	Var 12/11 (%)
Ano	22.941	23.528	24.796	7,48	5,11
Junho-Dezembro	12.908	13.820	14.874	13,22	7,09

Tabela 1. Colheitas de sangue (2010-2012)

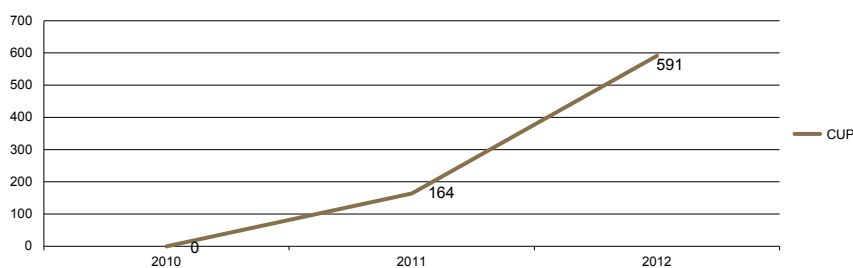


Figura 17. Evolução das colheitas de CUP (2010-2012)

Varição	(%)
2010/2012	-16,52
2011/2012	-9,20
Jul-Dez 10/12	-24,59
Jul-Dez 11/12	-13,41

Tabela 2. Variação do consumo de Glóbulos Rubros (2010-2012)

São João' ter sido focada especialmente no segundo semestre do ano, era expectável que o índice de fidelização pudesse baixar em 2012 (não haver tempo suficiente para os dadores poderem efectuar mais do que uma dádiva), mas que no ano de 2013 este indicador recuperasse e atingisse um valor relevante.

No entanto, de forma extremamente interessante o número de dadores com duas ou mais colheitas aumentou de forma exponencial, o que parece indiciar que a campanha e os novos dadores que foram captados aderiram de imediato ao espírito deste projecto, o que não será alheio à focalização

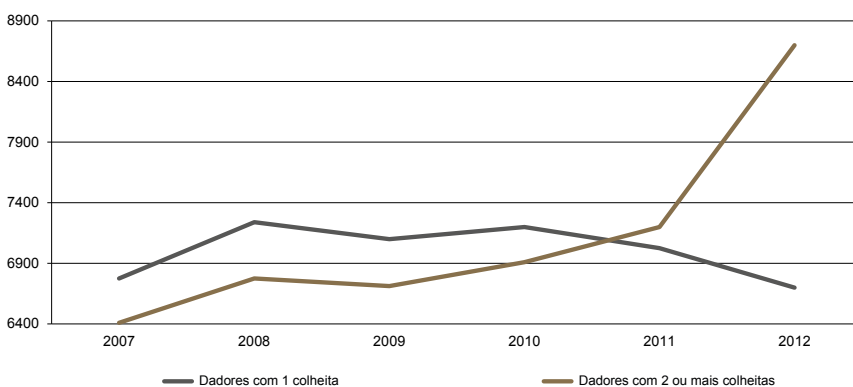


Figura 18. Dadores com uma colheita versus dadores com duas ou mais colheitas (2007-2012)

nos profissionais do CHSJ e nos estudantes do ensino superior das escolas deste pólo.

IV. O consumo de unidades de sangue

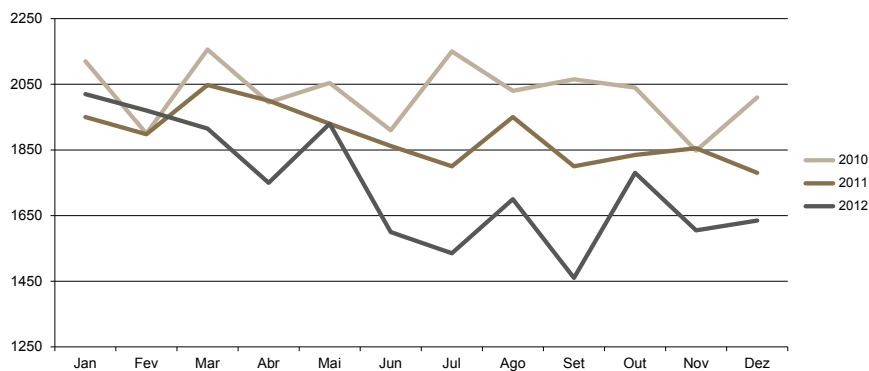
Um dos problemas mais importantes que foi identificado era o consumo inapropriado

dos clínicos prestados, bem como diminuir os custos associados, elevando os padrões de acessibilidade nesta área.

V. Comissão Hospitalar de Transfusões

Uma das exigências legais nos serviços de

clínicos e não clínicos, no sentido de para além de se procurar obter um produto final com qualidade, se utilizasse este instrumento como forma de chamar a atenção para esta área, e que os profissionais sentissem que se tratavam de normas elaboradas pelo hospital e para o hospital e não um conjunto de exigências externas ou de um serviço em particular.



↑ Implementação da estratégia de redução do consumo inapropriado de GR

Figura 19. Evolução do consumo de GR (2010-2012)

de componentes do sangue, especialmente de unidades de glóbulos rubros (GR), devido a protocolos clínicos liberais, que não se encontravam alinhados com o estado da arte em medicina transfusional.

sangue hospitalares é a existência de uma Comissão Hospitalar de Transfusões, composta por membros dos vários serviços clínicos, que proponha as políticas transfusionais da instituição.

Nesse sentido, foi proposta, aprovada pelo Conselho de Administração e nomeada a 1ª Comissão Hospitalar de Transfusões do Centro Hospitalar de São João, EPE, que das várias actividades e iniciativas que desenvolveu no primeiro ano de actividade, destaca-se a elaboração do Manual Hospitalar de Transfusões.

Outras áreas de interesse e reflexão foram a identificação adequada dos receptores de componentes/derivados de sangue, bem como a avaliação de todo o circuito do frio no hospital e a realização de auditorias clínicas, de forma a propor as alterações consideradas adequadas para os problemas de segurança identificados.

Um dos impactos reais que esta política proporciona é a redução da inutilização de componentes, devido a problemas de conservação das unidades de sangue, o que significa um aumento da efectividade do sistema.

VI. Manual Hospitalar de Transfusões

A elaboração do primeiro 'Manual Hospitalar de Transfusões' do CHSJ, realizado em 2012, foi um projecto transversal da instituição, que envolveu elementos de serviços



Figura 21. Primeiro Manual Hospitalar de Transfusões do CHSJ

Pensámos que esta seria a única forma de existir uma adesão natural e o cumprimento das metodologias aprovadas, algo que vai ser avaliado no ano de 2013, nomeadamente os aspectos das políticas mais restritivas de consumo de sangue.

VII. Articulação com o Instituto Português de Sangue e Transplantação

Um dos resultados das políticas adoptadas e descritas nos capítulos anteriores, que pressupôs uma campanha de promoção da dádiva de sangue e a adopção de práticas mais restritivas em termos de estratégias transfusionais, foi a capacidade de ser atingida a auto-sustentabilidade em termos de componentes do sangue (algo que já não acontecia há muitos anos no CHSJ).

Em função dos objectivos iniciais terem sido ultrapassados, ainda foi possível criar um excedente de unidades que foram enviadas para o IPST (Lisboa), região que apresentava maiores carências e necessidades, numa



Figura 20. Nomeação da primeira Comissão Hospitalar de Transfusões do CHSJ

Nesse sentido foi adoptado um conjunto de políticas que visavam reduzir o consumo inapropriado de unidades de GR, o que permitiu aumentar a qualidade dos cuida-

política de articulação entre instituições de saúde, visando a sustentabilidade do sistema de sangue em Portugal.

visíveis num curto espaço de tempo. Um investimento reduzido e com elevada relação custo-benefício, permitiu tornar

respondem de forma estrutural ao problema e tornam ainda possível a colaboração com outras regiões mais carenciadas, num esforço de rede em matéria de medicina transfusional.

Por último, de sublinhar que este aumento da produção foi acompanhado de uma redução nos custos do Serviço de Imuno-Hemoterapia: 2012 quando comparado com 2011, os custos globais do serviço diminuíram 15%, nomeadamente 7% nos recursos humanos (redução de 22% nas horas extras), 13% nos consumos (incluindo reagentes e material de consumo clínico) e 25% no fornecimento de serviços externos. Assim, produziu-se mais, com menos custos, assegurando uma resposta de qualidade.

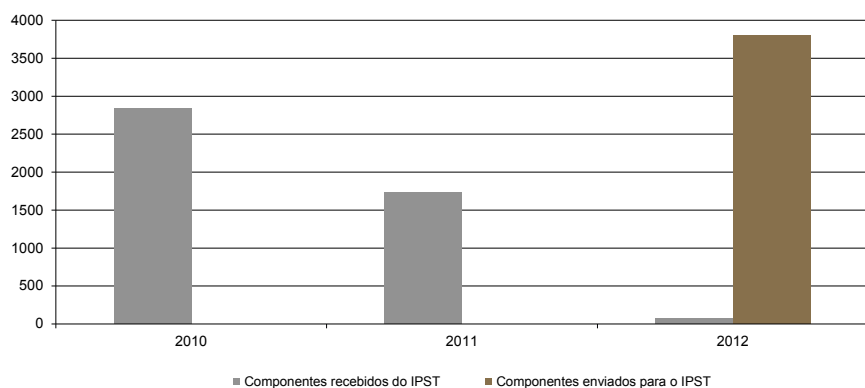


Figura 22. Evolução da troca de componentes do sangue com o IPST (2010-2012)

CONCLUSÃO

Um problema grave e não previsto, implicou o desenho de uma estratégia, com um conjunto de medidas que visavam dar uma resposta integral à dificuldade, que poderia colocar em risco o normal funcionamento do hospital.

A articulação do Gabinete de Comunicação e Marca com o Serviço de Imuno-Hemoterapia, apoiados de forma inequívoca pelo Conselho de Administração, permitiu construir uma resposta eficaz e com resultados

	Componentes recebidos do IPST	Componentes enviados para o IPST - Lisboa
2010	2.832	0
2011	1.736	0
2012	66	3.798

Tabela 3. Variação do número de componentes recebidos e enviados para o IPST (2010-2012)

auto-sustentável esta área de actividade clínica, não só em 2012 mas no futuro, pois as medidas que foram implementadas

NOTA: Fernando Araújo é membro da Direcção da Competência em Gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos

Sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde apenas assegurada a curto e médio prazo

“O ministro da Saúde afirmou, esta terça-feira, que a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde a curto e médio prazo está assegurada, mas que ainda é necessário “pensar o sistema” para depois de 2015.”

Fonte: *Jornal de Notícias*, 12 de Março de 2013

Ordem dos Médicos defende que administradores hospitalares devem ter condições para boa gestão

“O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, concorda que os administradores hospitalares possam ser demitidos se tiverem uma avaliação negativa, embora alerte para a importância de dar as condições necessárias para que haja uma boa gestão.”

Fonte: *RTP Notícias*, 10 de Março de 2013

Hospitais penalizados se não cumprirem objectivos

“Os hospitais públicos que não cumprirem os indicadores de qualidade contratualizados com o Ministério da Saúde vão começar a ser penalizados no financiamento. O modelo já está a ser implementado nas negociações que estão a decorrer no âmbito dos contratos-programa para 2013 com as unidades EPE (Entidade Pública Empresarial).”

Fonte: *Jornal de Notícias*, 2 de Março de 2013

Últimas

Dotações seguras em enfermagem na qualidade dos cuidados prestados

Verónica Santos
Enfermeira Pós Graduada em Gestão em Saúde

Autor

RESUMO

O presente estudo, apresentado sob forma de artigo de opinião, recai sobre as dotações seguras como reflexo na qualidade dos cuidados prestados.

Para a presente elaboração procedeu-se a uma pesquisa de literatura existente na área reservada da Ordem dos Enfermeiros para pesquisar na biblioteca do conhecimento na MEDLINE®, na SciElo e no motor de pesquisa Google, sites oficiais como o da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e pesquisa manual. Os descritores utilizados foram: dotações seguras, qualidade, responsabilidade, carga de trabalho e segurança do doente. A limitação temporal conferida foi de 10 anos para a inclusão dos estudos. Foram incluídos estudos controlados aleatorizados, revisões bibliográficas, documentos oficiais e legislação.

Deste modo, pretende demonstrar-se que os cuidados de Enfermagem prestados diferem bastante dos cuidados necessários o que por sua vez se traduz numa carga de trabalho elevada. Consequentemente, dotações inadequadas comportam mais riscos para o profissional e para o doente, o que poderá resultar em comorbilidades e/ou mortalidade.

Palavras-chave: dotações seguras, qualidade, carga de trabalho, segurança do doente, responsabilidade.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como principal objectivo demonstrar a importância das dotações seguras na qualidade dos cuidados



prestados e em valências como a segurança do profissional e do doente. Pretendendo servir de apoio a grupos de gestão no sentido de articulação de ferramentas já existentes para cuidados mais eficazes e efectivos. Actualmente, com a presente situação de recessão económica e com o novo Orçamento de Estado estão estipulados novos cortes na despesa de saúde. Importa perceber como a diminuição de recursos humanos afectará toda a organização hospitalar. Deste modo, é na situação de constrangimentos económicos actuais que se reflecte a escolha do tema, afinal os cuidados de qualidade nos serviços de saúde são uma necessidade constante.

É primordial para a Enfermagem a análise da problemática de dotações seguras pela grande interferência nos cuidados. Interferindo no seio das equipas, na motivação e ambiente. Deste modo, a sensibilidade dos gestores é primordial.

No presente artigo abordam-se assuntos como a qualidade, a gestão de recursos humanos, faz-se um paralelismo entre a carga de trabalho, a eficácia e eficiência dos cuidados e as dotações seguras como ferramentas de gestão.

Pretende-se que esta investigação traga para a prática formas de gestão mais humanistas onde os enfermeiros sejam vistos como participantes activos na gestão de cuidados. Assim, é primordial por parte das entidades responsáveis o reconhecimento dos números obtidos no **Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E)** para que se reformulem

m como reflexo ados

quadros de pessoal e se crie uma política de incentivo ao preenchimento correcto deste sistema de classificação. Assim, é necessário debruçarmo-nos nas ferramentas de gestão existentes para cálculos de dotações adequadas visto que “dotações seguras salvam vidas.” (OE Dia Internacional do Enfermeiro, 12/05/2006).

QUALIDADE

A palavra qualidade deriva do latim do termo *qualitate* para designar excelência de um produto ou serviço (Machado cit. por Ascensão, 2010, p. 23). Assim, e segundo Biscaia (cit. por Ascensão, 2010, p. 23) entende-se qualidade como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho abrangendo todos os níveis de cuidado, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Actualmente, em Portugal, são muitas as instituições que se encontram em processos de acreditação e certificação de modo a progredir no aperfeiçoamento dos serviços. Todavia é preciso ter em consideração que cuidados de qualidade requerem tempo e disponibilidade de modo que se torna necessário o uso de ferramentas de gestão que mensurem a carga de trabalho e dotações de pessoal mais ajustadas.

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Neste contexto, a gestão de recursos humanos (RH) é primordial. É do conhecimento de todos a escassez de RH nos serviços de saúde. Para Tavares (cit. por Cordeiro, 2009, p. 33) uma gestão estratégica das organizações assenta em quatro

linhas de acção: “identificação entre o diferencial dos recursos existentes e os desejáveis; o desenvolvimento duma carteira de competências; a optimização e mobilização de recursos e a retribuição e fixação de recursos chave”.

As actuais reformas deixam os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, insatisfeitos. Gerir RH não é determinante no processo de reforma social, estando ausente das agendas políticas. Constatase que o Plano Nacional de Saúde 2004-2010¹ defende não só aspectos laborais mas uma valorização dos RH nas suas expectativas e motivações. O DL 10/93 de 15 Janeiro cap. III, Art 6º salienta que os RH não são parte do problema mas parte essencial da solução. São fundamentais nas organizações e determinam um potencial competitivo. Já

todos nos deparamos com a carência de enfermeiros. Os dados estatísticos a nível nacional e internacional confirmam-no.

A Ordem dos Enfermeiros (2006-2007) refere que no caso hospitalar são necessários 5,09 horas de cuidados de Enfermagem por dia de internamento o que se traduz numa carência de 21.000 enfermeiros. (cit. Cordeiro, 2009, p. 41)²

CARGA DE TRABALHO VS QUALIDADE

O International Council of Nurses (ICN) salienta que a carência de enfermeiros se deve a ambientes de trabalho pouco saudáveis que levam posteriormente à exaustão emocional, insatisfação profissional, síndrome de *burnout*, entre outras³.

Curioso é que segundo o Código Deonto-

Quadro I – Enfermeiros inscritos nas Organizações Hospitalares

Ano	Portugal	Lisboa	Setúbal
2000	37.487	9.190	2.150
2001	39.529	10.131	2.270
2002	41.799	10.842	2.226
2003	43.849	11.280	2.419
2004	45.784	11.439	2.677
2005	48.155	12.339	2.757

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, cap. Pessoal de saúde inscrito nas organizações hospitalares

Quadro II – Enfermeiros em exercício de funções

Ano	Número de enfermeiros			
	SNS	Hospitais	Centros de Saúde	Outros Locais
2004	37.941	30.502	7.368	69
2005	37.445	30.172	7.202	71
2006	37.941	30.502	7.368	71

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, cap. Pessoal de saúde inscrito nas organizações hospitalares

lógico dos Enfermeiros (CDE) Art 75º, nº2, al. c) “os enfermeiros têm direito a usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pelo deontológico da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de Enfermagem de qualidade”.

Segundo o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social “os factores laborais condicionam o estado de saúde e de segurança do trabalhador, segundo sectores de actividade, ocupações profissionais, (...) estruturas e prevenção de riscos profissionais existentes no local de trabalho.”⁴ Assim, torna-se importante uma gestão eficaz para se adoptarem ambientes favoráveis à prática pois estes apoiam a excelência e estão centrados no recrutamento e retenção possuindo estratégias de formação e promoção contínuas, compensação adequada do pessoal, não descuidando equipamentos e materiais suficientes para um ambiente de trabalho seguro. (ICN, 2007, Ambientes favoráveis à prática, p. 19)

Neste contexto, entende-se por dotações seguras pessoal em número apropriado, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência disponível em qualquer altura para garantir respostas efectivas às necessidades de cuidados de doentes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos. (ICN, 2007 p. 20 a 25)

No que concerne à Enfermagem importa referir que falamos de uma profissão de desgaste rápido, pois além de elevadas cargas físicas e psicológicas de trabalho existe toda uma vida social que nem sempre é compatível com os horários da sociedade dita comum. Trabalham-se 365/6 dias por ano, em regime de *roulemente*, privando-se da família, fins-de-semana e ocasiões festivas. Assim, é importante uma monitorização da carga de trabalho, bem como a sua satisfação, para que as funções desempenhadas tenham inerentes níveis de qualidade.

A carga de trabalho é um conceito multidimensional, sendo diversos os factores que

a influenciam. Salienta-se a carga de trabalho relacionada com o serviço, como o trabalho de Enfermagem efectivo, a atribuída ao utente e relacionada com o contexto/situação. Na generalidade dos estudos, esta carga de trabalho é mensurada pelo rácio enfermeiro-utente prendendo-se com o facto de ser a medida mais fácil de utilizar

conseguindo dar uma resposta em tempo útil a todas as necessidades do utente.

Andreson e Maloney (cit. por Ascensão, 2010, p. 52) salientam ainda que existe uma diminuição da satisfação do utente com os cuidados que lhe são prestados.

Outro estudo de Carayon e Gurses (cit. por Ascensão, 2010, p. 51) demonstra que uma elevada carga de trabalho põe em causa a qualidade dos cuidados.

Assim, se a carga de trabalho afecta a motivação dos profissionais, estes podem apresentar insatisfação com o trabalho, o que fará com que não desempenhem funções de qualidade. Assim, todos podemos observar diariamente profissionais frustrados com uma atitude negativa face às funções desempenhadas. O que conduz ao absentismo, à rotatividade dos profissionais, à falta de qualidade na prestação de cuidados e uma organização de cuidados pouco efectiva.

Verifica-se uma carência de enfermeiros mais acentuada associada a uma procura crescente de serviços de Enfermagem, assim, as cargas laborais são cada vez maiores. Os rácios enfermeiro-utente elevados além de afectarem negativamente os cuidados dos utentes, afectam também os enfermeiros. De acordo com o ICN ambientes pouco saudáveis, afectam a saúde física e psicológica dos enfermeiros, o que se relaciona com elevadas cargas laborais, *stress*, horários prolongados, baixo estatuto profissional, relações difíceis no local de trabalho, problemas no desempenho dos papéis profissionais e uma diversidade de riscos no local de trabalho. (ICN, 2007 p.7)

De salientar que está devidamente documentado que em ambientes favoráveis à prática, haverá efeitos benéficos na prestação de cuidados e desempenho profissional. Assim, um ambiente de trabalho saudável é um ambiente para a prática que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, resultados de qualidade para

e de não existirem registos para uma avaliação mais profunda e abrangente, o que torna todos os dados limitativos.

Neste âmbito torna-se pertinente questionar qual o impacto da carga de trabalho excessiva para os utentes. Keijesser e Aiken (cit. por Ascensão, 2010, p. 52) referem que uma carga de trabalho elevada conduz a uma sub-prestação de cuidados, não se



os doentes e desempenho organizacional. (ICN, ambientes favoráveis à prática, 2007, p.11-15) Num estudo levado a cabo pela Universidade Católica a pedido da Ordem dos Enfermeiros sobre “ As condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses” denota-se que “de um modo geral, os enfermeiros gostam do que fazem, mas muitos estão insatisfeitos com as condições de trabalho”. (OE, p. 3)⁵

DOTAÇÕES SEGURAS – FERRAMENTAS DE GESTÃO

Sente-se uma necessidade crescente de assegurar dotações seguras e adequadas para o exercício da Enfermagem, existindo instrumentos para o cálculo dos níveis adequados dessas dotações.

A dotação de pessoal de Enfermagem é necessária para “efectuar uma previsão do número de enfermeiros necessários para prestar cuidados de Enfermagem nas diversas unidades, segundo a capacidade instalada, a complexidade dos cuidados e modo de organização dos mesmos”. (Divisão de Estudos e Planeamento, 1999 cit. Cordeiro, 2009, p. 48)

É neste contexto e sendo a afirmação anterior difícil de quantificar que o Departamento de Recursos Humanos da Saúde (1999), tenta quantificar o grau de dependência dos doentes. Nos estudos efectuados para esse fim, e após várias discussões de fórmulas de cálculo e relativamente ao que vigora actualmente, o Ministério da Saúde/Ordem dos Enfermeiros elaboram uma proposta de trabalho em 2011 (disponível área reservada site Ordem dos Enfermeiros) como um Guia de Recomendações para o Cálculo

da Dotação de Enfermeiros desde os cuidados de saúde primários, como os cuidados hospitalares passando também pelos cuidados continuados integrados.

De salientar que em Portugal começou a ser desenvolvido em 1984 o SCD/E. É importante saber onde se despendem recursos sendo este sistema uma ferramenta de gestão importante se servir de base na comunicação entre gestores e profissionais de saúde, pois permite ter conhecimento do que se produz, do gasto de recursos e quais os factores que influenciam esse consumo. O relatório de 2009 da ACSS sobre o sistema de Classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de Enfermagem determinou valores médios de Horas de Cuidados Necessários/Dia Internamento (HCN/DI), os quais se traduzem na informação expressa posteriormente.⁶ Facilmente concluímos que os recursos nos hospitais continuam escassos pois estes hospitais necessitariam de 3.178.40 enfermeiros. (ACSS, 2009, p. 198)

Como ficarão então os serviços de saúde com os novos cortes incluídos no novo Orçamento de Estado?

Existem outras ferramentas de gestão para o cálculo de dotações adequadas no que concerne a recursos como o TISS 28 - Therapeutic Intervention Scoring System, que permite mensurar o nível de gravidade do doente e calcular a correspondente carga de trabalho. O NEMS - Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score, que se originou a partir da anterior e tinha como objectivo reduzir o tempo de avaliação dos índices terapêuticos disponíveis. E o NAS - Nursing Activities Score, que inclui além de

intervenções terapêuticas, procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento, cuidados a familiares e ao paciente e tarefas administrativas gerais.

É de fácil percepção que a população está cada vez mais dependente de cuidados de Enfermagem, não só pelo seu envelhecimento mas pelo aumento das doenças crónicas. Temos uma esperança média de vida à nascença de 75 anos para o sexo masculino e 82 anos para o sexo feminino (OMS, 2006). Importa pensar nos avanços tecnológicos que ocorrem continuamente onde são necessários grandes investimentos para garantir o acesso, o que por sua vez aumenta os encargos do sector da saúde. E no panorama actual do país parece deveras importante reflectir sobre esta temática.

Neste contexto uma dotação correcta de pessoal de Enfermagem é primordial para as organizações de saúde pois reflecte-se na gestão de cuidados prestados e na qualidade dos mesmos.

Salientar que dotações seguras vão para além da quantidade e incluem outras variáveis como a carga laboral, ambiente de trabalho, qualificação de enfermeiros, complicação do doente, entre outros. Podemos referir que este é o movimento pela segurança do doente estando esta relacionada com morbilidades e mortalidade. É necessário reflectir sobre eventos adversos como erros de medicação ou cirurgias.

Diariamente chegam-nos via *media* informações neste sentido. Num estudo Canadano em 2004 encontramos uma taxa de incidência de 7,5% para eventos adversos. Sendo que das 2,5 milhões de admissões cerca de 185.000 estão associadas

Quadro III – Indicadores Globais de Produtividade de 2007 a 2008

Totais Gerais							Valor Médio por DI			
Hospitais	Serviços	NDI	HCN	HCP	Variação	ETC	HCN/DI	HCP/DI	% UTIL	ETC
55	399	2.450.746	13.738.619,8	8.952.701	-4.785.918,8	-3.335,14	5,61	3,65	153,46	-7,51

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

Quadro IV – Indicadores Globais de Produtividade de 2007 a 2008

Ano	Hospitais	Serviços	ETC	Valor Médio por Dia Internamento		
				HCN/DI	HCP/DI	% UTIL
2007	51	357	-2.974,59	5,42	3,49	155,17
2008	53	363	-3.117,52	5,53	3,61	153,17
2009	55	399	-3.005,14	5,61	3,65	153,46

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)

a eventos adversos, dos quais 70.000 são preveníveis. (OE, 2006, Dotações seguras salvam vidas, p. 7)

Como estaremos nós em Portugal?

No que respeita à qualidade dos cuidados importa relembrar que a Constituição da República Portuguesa refere no Art 64º al. d) “ Para assegurar o direito à protecção em saúde incube directamente ao Estado disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas de medicina, articulando-as com o Serviço Nacional de Saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade”.

É crescente a preocupação com a qualidade na saúde. Entendemos por este conceito “satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais: é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado: é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e equidade e não a exigência única da acessibilidade.” (Ministério da Saúde, Sistema Português de Qualidade, 1998, cit. por Cordeiro, 2009, p. 56)

Ao falar em qualidade temos de referir a qualidade do que é ser responsável, princípio este que assenta na responsabilidade profissional. Sendo que este conceito se prende com a noção ética fundamental recaíndo num plano jurídico como um meio para “responder por uma coisa ou uma acção, sendo que esta obrigação de responder no domínio da Enfermagem como noutros diz respeito a: responsabilidade penal, responsabilidade disciplinar e responsabilidade civil.” (Cordeiro cit. Faria, 2009, p. 64)

Todavia esta responsabilidade torna-se difícil quando há um fornecimento inadequado de pessoal de Enfermagem. A quem imputar a responsabilidade por não prestar os cuidados necessários ao utente? Por lhe fornecer apenas cuidados indispensáveis?

Quem deverá ser chamado à responsabilidade por cargas de trabalho excessivas por dotações de pessoal inadequadas? Excesso de trabalho esse que priva a saúde física e mental do prestador.

Num estudo Canadano em 2002, pensa-se que a cada doente cirúrgico adicional por enfermeiros, com uma carga de quatro

doentes está associado um aumento de 7% na probabilidade de morte (no intervalo de 30 dias após admissão) e um aumento em 7% na probabilidade de insucesso no salvamento. (ICN, Dotações seguras salvam vidas, 2006, p. 10)

Como nota salienta-se que os enfermeiros possuem um Código Deontológico que define os princípios orientadores do exercício numa perspectiva do dever ser, assumindo a garantia do mais alto nível de cuidados de saúde à população.

É certo que pode ser difícil para um gestor admitir que tem uma dotação de pessoal inadequado, mas os custos de uma gestão insuficiente de recursos humanos são mais elevados a longo prazo. Spetz (2005, cit. ICN 2006 Ambientes favoráveis à prática, p. 19) salienta que as dotações insuficientes ficam a dever-se ao facto de os hospitais receberem poucos benefícios em aumentar a qualidade dos cuidados prestados, mas o resultado disso pode traduzir-se em ganhos elevados. Assim, depreendemos que o aumento das dotações de enfermeiros beneficia os cuidados aos doentes, mas os custos associados a mais contratualizações ultrapassam os ganhos para as instituições. Contudo, ficam esquecidas outras fontes de custos como o absentismo, rotação de pessoal, morbilidade e mortalidade elevadas. Estas fontes necessitam de ser consideradas como um custo global contínuo para o sistema e sociedade.

A Associação de Enfermeiros da Califórnia (ICN, Ambientes favoráveis à prática, 2007 p. 15) salienta que hospitais com dotações seguras podem conseguir ganhos financeiros consideráveis.

Deste modo, é primordial ter em consideração que dotações inadequadas são sinónimo de custos adicionais sobretudo devido à elevada taxa de rotação de enfermeiros e à necessidade de contratar novos a título temporário. Investimentos a longo prazo nos recursos humanos a tempo inteiro levarão a poupanças tanto nos custos como na retenção de pessoas e do seu saber.

CONCLUSÃO

Dotações inadequadas podem atingir proporções devastadoras tanto para quem cuida como para quem se deixa cuidar.

Toda a ênfase que se dá a dotações seguras deve-se à exigência pessoal de saúde numa adequação para a prestação de cuidados polivalentes. As equipas de Enfermagem devem ser incentivadas a registos mais completos para se produzir um relato mais fiel da realidade.

É necessário um mínimo adequado para a prestação de cuidados de qualidade, sendo que padrões inferiores colocam os cuidados em causa. Deste modo, a elevada carga de



trabalho a nível hospitalar deve ser evitada visando uma gestão de RH eficiente para garantir qualidade e segurança.

Torna-se primordial que este assunto passe a fazer parte das mesas políticas e sociais no sentido de uma reorganização de cuidados para se obterem ganhos quantitativos e qualitativos. Assim, é imperativo explorar riscos para o doente partindo do défice de cuidados.

Actualmente, os gestores terão de ter sensibilidade para determinarem a extensão do problema recolhendo dados e definindo o que são dotações seguras no contexto das necessidades dos doentes. Assim, devem planear-se medidas adequadas de gestão de recursos humanos para a saúde e condições de trabalho seguras. Pois ambientes saudáveis são mais compatíveis com dotações seguras.

Em suma, é necessário desenvolver medidas a nível governamental com vista a cumprir a legislação vigente. Deste modo, conseguiremos cuidados de saúde efectivos e eficazes com ganhos qualitativos mas também ganhos económicos a longo prazo.

NOTAS

1. www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html
2. Cálculos feitos através do instrumento de classificação de doentes por grau de dependência
3. Conselho Internacional Enfermeiros, 2007, Ambientes favoráveis à prática
4. Gabinete de estratégia e planeamento do ministério do trabalho e solidariedade social, www.dgeep.mtss.gov.pt/estatistica/condicoes/index.php
5. www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007.pdf
6. www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELATORIO_ANUAL_09.pdf

BIBLIOGRAFIA

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - **Sistema de Classificação de doentes em níveis de dependência de cuidados de enfermagem: Relatório anual de 2009**. Ministério da Saúde. Portugal. 2009 Consultado em 26 de Setembro de 2012, disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELATORIO_ANUAL_09.pdf
- “Ambientes favoráveis à prática - Condições de trabalho = Cuidados de Qualidade”. International Council of Nurses. Genebra. 2007. ISBN: 9295040805
- ASCENÇÃO, Helena - Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2010. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, consultado em 26 de Setembro 2012, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces.l.pdf>
- “As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses”. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Outubro 2004. ISBN: 9729964610
- CORDEIRO, Ana - Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem: Universidade de Lisboa, Faculdade

de Medicina. 2009. Tese de mestrado, consultado em 26 de Setembro 2012, disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20211/1/ulsd058734_Dissertacao%20Final_2009.pdf

- “Código Deontológico dos Enfermeiros”. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 2003
- “Condições do exercício profissional: presente e futuro”. Ordem dos Enfermeiros. 11 de Maio 2006, Consultado em 26 de Setembro. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt
- COSTA, M. E. **À procura da intimidade**. Lisboa: Edições ASA, 2005
- Diário da República Electrónico. Portugal, Consultado em 26 de Setembro. Disponível em: <http://dre.pt>
- “Dotações seguras salvam vidas”. International Council of Nurses. Genebra. 2006. ISBN: 9295040449
- DUCCI, Adriana; Zanie, Suely; Whittaker, Iveth. **Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiologia**. 2008. Scielo, Consultado em 26 Setembro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400009
- Inspeção Geral do Trabalho. Portugal, Consultado em 26 de Setembro. Disponível em: <http://igt.gov.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. Portugal, Consultado em 26 de Setembro. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Portugal, Consultado em 26 de Setembro. Disponível em: <http://dgeep.mtss.gov.pt/estatistica/condicoes/index.php>
- Ordem dos Enfermeiros; Ministério da Saúde – **Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde: indicadores e valores de referência. 2011**, Consultado em 26 de Setembro. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt
- “Qualidade em Saúde uma perspectiva conceptual”. Ed. Biascais, J: Revista qualidade em saúde pública – Instituto de qualidade em saúde. 2000, p 6-10



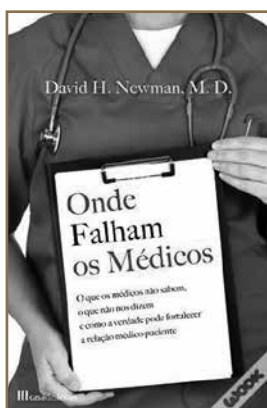
Fármacos na Urgência

Autor: António Arsénio

Edição/reimpressão: 2012

Sinopse: Vinte anos passados sobre a 1.^a edição, procedeu-se à revisão e actualização deste Manual – daí o título – permanecendo fiéis à ideia original: um manual prático, de pequeno volume e fácil de guardar, de consulta rápida, com os dados necessários à adequada prescrição terapêutica, sobretudo destinado aos médicos que lidam com situações de urgência em que muitas vezes a decisão é feita sob pressão. Muito devido à formação do autor, os fármacos discriminados são sobretudo do foro cardiovascular, tendo presente que a urgência médica é sobretudo deste foro. Relativamente a edições anteriores, procedeu-se à eliminação de drogas retiradas do mercado, à

introdução de novas drogas e à actualização das restantes. Obviamente que o tema não foi – nem podia ser – esgotado, dada a enorme complexidade da farmacologia clínica. Como foi afirmado na edição de 2001 – e reiterada nesta – “a consulta deste Manual não deve inibir o leitor de consultar obras de referência, sobretudo em casos em que se sinta menos familiarizado com os fármacos em causa”. No início de cada fármaco faz-se uma breve referência ao seu mecanismo de acção e à sua farmacodinâmica, ausentes das edições anteriores. Referem-se também as precauções a tomar na mulher grávida ou a amamentar. São estas as principais diferenças.



Onde Falham os Médicos

Autor: David H. Newman

Edição/reimpressão: 2010

Sinopse: Todas as pessoas conhecem o juramento de Hipócrates. Mas a maioria não sabe que o pai da Medicina moderna foi uma presença constante e um ouvinte ávido na cabeceira dos doentes. Hipócrates acreditava na relação médico-paciente. Hoje, afirma o Dr. David H. Newman, a Medicina concentra-se estritamente nos avanços da tecnologia e da ciência, exagerando os seus benefícios e ignorando ou minimi-

zando os seus perigos. Dr. Newman vê uma desconexão entre o médico e o paciente, um desprezo não só por esse vínculo como pelo poder de cura e, finalmente, uma desconexão entre os médicos e o seu juramento. A raiz dessa divergência, segundo o Dr. Newman, encontra-se nos padrões de sigilo que caracterizam a Medicina moderna e no forte sentimento de pertença a uma subcultura. O resultado é

uma cultura biomédica que rotineiramente se compromete em práticas inúteis e ineficazes, e deixa tanto o paciente como o médico insatisfeitos. Demonstrando uma profunda compreensão pela ciência moderna, o Dr. Newman esmiúça a prática médica. Cita estudos que mostram que uma mamografia pode, em alguns casos, causar mais mal do que bem, que os antibióticos prescritos para a dor de gargan-

ta são quase sempre desnecessários, que o xarope para a tosse raramente é mais eficaz do que uma pílula de açúcar entre inúmeros outros casos médicos. Através de uma pesquisa envolvente e profunda, de uma narrativa eloquente e ricamente ilustrada com estudos de caso, o Dr. Newman alerta-nos para o que realmente funciona – e não – na Medicina e reconstrói a ponte entre os médicos e os seus pacientes.



O Medicamento e o Sistema de Saúde

Autor: Adalberto Campos Fernandes

Edição/reimpressão: 2011

Sinopse: O desenvolvimento do sistema de saúde dependente de uma política do medicamento que tenha em conta não apenas uma relação de necessidade mas, sobretudo, o carácter estratégico do medicamento na melhoria do estado de saúde da população. A neces-

sidade imperativa de garantir o acesso e a universalidade dos cuidados deve estimular uma abordagem virada para o médio e o longo prazo. A aposta deverá passar por um “crescimento inteligente, inclusivo e sustentável” que possa encontrar inspiração na “Estratégia Europa

2020”. No essencial trata-se de delinear um pacto para a sustentabilidade e o desenvolvimento do sistema de saúde capaz de promover a inovação de qualidade, incorporando estratégias de investigação clínica como um dos eixos prioritários das políticas de ciência.



Bioestatística e Qualidade na Saúde

Autor: Gilda Cunha

Edição/reimpressão: 2011

Sinopse: A Bioestatística, Sistemas de Informação (SI) e Sistemas de Informação Geográfica (SIG) constituem hoje áreas estratégicas e de suporte ao desenvolvimento de Políticas da Qualidade para a Saúde.

Ao longo dos sete capítulos, cujos conteúdos se interrelacionam e são baseados em casos práticos, são apresentados temas que permitem a administradores hospitalares, profissionais de saúde em geral, estatísticos ou qualquer cidadão com interesse na área da Saúde e da Qualidade aprofundar conhecimentos e dominar técnicas potenciadoras de uma melhor compreensão e monitorização de processos em Saúde.

Da análise do risco ao controlo da qualidade, da implementação de sistemas de informação ao estudo especializado dos fenómenos, da análise de sobre-

vivência à regressão logística, a Qualidade na Saúde é percebida como uma atitude a desenvolver, resultante de um trabalho continuado e de equipa no qual cada um tem o seu papel a desempenhar. Este livro resulta da experiência profissional efectiva de cada um dos seus autores nas respectivas áreas de investigação e do empenho e partilha de saberes que, em conjunto, ousaram fazer.

Os estudantes de cursos relacionados com a saúde e os profissionais com interesse nas áreas da Saúde e da Qualidade na Saúde encontrarão ao longo dos capítulos do livro uma exposição teórica de técnicas e ferramentas orientada para posterior aplicação em ambiente real e acompanhada de exemplos comentados. Ao longo do livro são propostos alguns exercícios cuja resolução está disponível no *site* da Editora.



Como Nascem Novos Medicamentos

Autores: Ana Reis, Ana Macedo

Edição/reimpressão: 2010

Sinopse: Como nascem novos medicamentos. Uma história contada vista de dentro e analisada de fora, conduzindo-nos através do longo percurso que, quando coroado de sucesso vai dos ecrãs de computador às prateleiras das farmácias. Começando com um olhar através da História, os autores fazem-nos mergulhar no mundo da investigação de novos medicamen-

tos. São os novos medicamentos descobertos ou invenções? Como se escolhem os nomes? Quem decide e como decide? Que medicamentos vamos ter nos próximos anos? Numa indústria de milhões quanto vale a investigação? O cancro, a doença cardiovascular, a depressão e o refluxo gastroesofágico são algumas das doenças e dos tratamentos analisados.

Esta obra destina-se a todos aqueles que trabalham com medicamentos, que tomam medicamentos e também àqueles que dizem mal dos medicamentos. Não desmistificando a «magia» que se encontra nos bastidores do palco do comprimido, este livro procura apenas, e tão só, dar uma outra visão sobre o nascimento e desenvolvimento dos novos prodígios da farmacologia.

Sites



Administração Central do Sistema de Saúde www.oportalsaude.com

O Portal da Saúde surgiu em 2007, com o objectivo de proporcionar apoio *on-line* a todos os profissionais e utentes da Área da Saúde e Bem-Estar. Apoiado por uma equipa dedicada e experiente, O Portal Saúde é hoje a principal referência *on-line* para o

sector privado, na área da Saúde e Bem-Estar. Aliando a experiência adquirida ao longo dos anos, com o espírito de pesquisa dos seus profissionais, O Portal Saúde é hoje em dia líder inegável das preferências *on-line* para o sector da Saúde e

Bem-Estar. Gerido desde 2011 pela WindByinternet - Comunicação Digital, O Portal Saúde apresenta desde Maio de 2012 uma nova e renovada plataforma de forma a continuar a proporcionar um serviço de excelência no sector da Saúde e Bem-Estar.



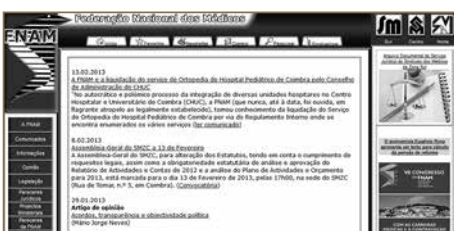
Medscape emedicine.medscape.com

Medscape from WebMD offers specialists, primary care physicians, and other health professionals the Web's most robust and integrated medical information and educational tools. After a simple, 1-time, free registration, Medscape from WebMD automatically delivers to you a personalized specialty site that best fits your registration profile.

Some of the key features of Medscape from WebMD are:

- Original, professional medical content, including review articles, journal commentary, expert columns, patient education articles, book reviews, and more;
- Conference Coverage: Thought leaders summarize key data and presentations from major medical meetings;
- The Internet's first primary-source medi-

- cal journal, The Medscape from WebMD Journal of Medicine;
- Selected daily professional medical news in your specialty from Reuters, Medscape Medical News, and medical news journal publishers;
- Physician Optimized MEDLINE;
- Free subscription to Medscape's MedPulse, a weekly email newsletter that highlights what's new in your specialty on Medscape from WebMD;
- More than 125 medical journals and textbooks;
- Business, financial, managed care, and medical practice information;
- And more...
- The result is a medical Web site rich in content, broad in appeal, and high in quality.



Federação Nacional dos Médicos www.fnam.pt

Na sequência da consagração constitucional da actividade sindical médica, após a revolução democrática do 25 de Abril de 1974, foram criados em 1979 o Sindicato dos Médicos da Zona Sul e o Sindicato dos Médicos da Zona Centro e em 1981 foi criado o Sindicato dos Médicos do Norte.

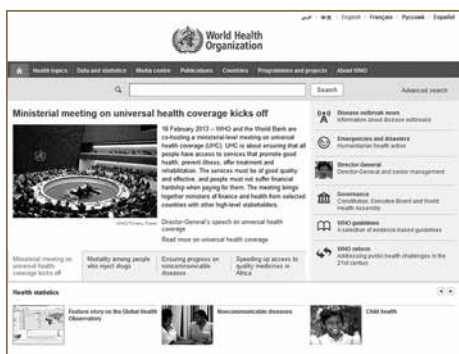


Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

www.cnecv.pt

Ao longo das últimas décadas, os desenvolvimentos médicos e biotecnológicos e as suas implicações no devir social e humano têm clamado por uma tomada de posição sobre quais as aplicações das novas tecnologias que convêm ou não à humanidade. Avassaladores, estes progressos têm o poder de originar uma diferente visão da vida e do próprio Homem e de abrir caminho a profundas mudanças sociais, com impacto global e que se estenderá às gerações futuras.

No seu IV e actual Mandato, o CNECV continua a reflectir com vista à elaboração de Pareceres e documentos de estudo, assegurando a participação do Conselho em grupos de trabalho, seminários, conferências e reuniões de âmbito nacional e internacional. O CNECV procura igualmente, na esteira de anos anteriores, a sensibilização e o diálogo com a Sociedade Civil, apresentando publicamente as matérias submetidas à sua análise.



World Health Organization

www.who.int

WHO is the directing and coordinating authority for health within the United Nations system. It is responsible for providing leadership on global health matters, shaping

the health research agenda, setting norms and standards, articulating evidence-based policy options, providing technical support to countries and monitoring and assessing

health trends. In the 21st century, health is a shared responsibility, involving equitable access to essential care and collective defence against transnational threats.



Sede Provisória:
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
E-mail: 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€



Notícias

Listas de espera para cirurgia caíram 35%

“As listas de espera para cirurgia diminuíram 35 por cento nos últimos cinco anos, graças ao Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que reduziu ainda a média de tempo de espera, segundo um relatório da OCDE.”

Fonte: *Correio da Manhã*, 4 de Fevereiro de 2013

Cortes na saúde representam o dobro do compromisso assumido com a “troika”

“Os cortes na despesa com a saúde em Portugal representam o dobro do compromisso que foi assumido com a “troika”. A conclusão é da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), num relatório agora divulgado que analisa a evolução da despesa nos vários países.”

Fonte: *Rádio Renascença*, 1 de Fevereiro de 2013

Políticas do medicamento conseguiram poupança de 100 ME em 2012

“O ministro da Saúde revelou que houve uma poupança de 100 milhões de euros em 2012 ao nível das políticas do medicamento, em comparação com o ano de 2011”

Fonte: *TSF Notícias*, 30 de Janeiro de 2013

Médicos estrangeiros podem vir a inscrever-se na Ordem sem reconhecimento de licenciatura

“Médicos estrangeiros poderão vir a inscrever-se na Ordem dos Médicos (OM) de Portugal sem que seja necessário o reconhecimento da respectiva licenciatura, anunciou em Luanda o bastonário.”

Fonte: *RTP Notícias*, 26 de Janeiro de 2013

Separação dos profissionais entre sector público e privado vai ser estudada

“O ministro da Saúde admitiu hoje que vai ser estudada a separação dos profissionais entre o sector público e o privado, como uma das reformas para garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.”

Fonte: *Rádio Renascença*, 21 de Janeiro de 2013

Contas do SNS continuam sem cumprir recomendações

“Instituição liderada por Guilherme d’Oliveira Martins diz que a insistência da administração na actual prática contabilística dá uma imagem do SNS ainda mais débil da que já é transmitida aos utentes.”

Fonte: *Rádio Renascença*, 21 de Janeiro de 2013

www.spgsaude.pt

