

Revista Portuguesa de
Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Outubro 2013 • N.º 11



Infarmed – Intervenção Nacional e Internacional Eurico Castro Alves

A Gestão Tipo Fósforo
Jorge Santos

**A Criação de Valor no Mercado da Saúde
enquanto Factor Diferenciador para a
Negociação de Preços e Competitividade
em Contexto de Crise Mundial**
Carvalho, C., Silva, E. e Pereira, A.

**Lean Healthcare no Serviço de Urgência Geral
do Hospital Pêro da Covilhã**
Bruno Miguel Ribeiro Vaz Silva; Prof. Doutora Anabela
Almeida; Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

**Referenciação em MGF no Centro:
Dados Informáticos de Dois ACES**
Philippe Botas; Luiz Miguel Santiago; Paula Miranda;
Carolina Pereira

Sumário

2 Estatuto Editorial
3 Mensagem
Miguel Sousa Neves

4 Infarmed - Supervisão e Regulação do Medicamento e dos Produtos de Saúde: Intervenção Nacional e Internacional
Eurico Castro Alves



7 A Gestão Tipo Fósforo
Jorge Santos

8 A Criação de Valor no Mercado da Saúde enquanto Factor Diferenciador para a Negociação de Preços e Competitividade em Contexto de Crise Mundial
Carvalho, C.; Silva, E.; Pereira, A.

13 Notícias

14 *Lean Healthcare* no Serviço de Urgência Geral do Hospital Pêro da Covilhã
Bruno Miguel Ribeiro Vaz Silva;
Prof. Doutora Anabela Almeida;
Prof. Doutor Miguel Castelo Branco



16 Referenciação em Medicina Geral e Familiar no Centro de Portugal: Dados Informáticos de Dois Agrupamentos de Centros de Saúde
Philippe Botas; Luiz Miguel Santiago;
Paula Miranda; Carolina Pereira

22 Livros

23 Sites

24 Ficha de Inscrição de Sócio da SPGS

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • N.º 11 • Outubro 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@spsgaude.pt
Site: www.spsgaude.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

Numa altura em que os cortes no orçamento para a Saúde são brutais porque podem implicar decisões de risco para os pacientes é necessário que o Ministro da Saúde e a sua equipa reflitam com extremo cuidado e bom senso sobre as áreas de actuação nos próximos meses.

Se o colega António Ferreira aconselha o governo a “olhar” os resultados operacionais do Hospital de S. João no Porto e por consequência aplicar a mesma receita às Instituições hospitalares do centro e sul (o que não é assim tão linear como se imagina), o Ministro parece querer poupar ainda mais na indústria farmacêutica.

A passagem de hospitais para as Misericórdias, algo que teoricamente se deveria pensar como de elementar justiça, deve ser avaliada com bastante cuidado porque algumas poderão não estar preparadas para gerir unidades de saúde do SNS com uma qualidade aceitável

e um corte de pelo menos 25% na despesa. Se tivermos em devida conta as novas regras de utilização de fármacos inovadores em oncologia e oftalmologia que podem levar a que pacientes afastados dos grandes centros possam ser prejudicados nos seus tratamentos (imaginemos, por exemplo, um paciente de Bragança com retinopatia diabética que necessite de injeções repetidas intra-vitreas para garantir uma visão minimamente aceitável...), então o conselho será no sentido de se pensar muito bem onde e como cortar para se continuar a emagrecer com ética e responsabilidade.

A longo prazo a aposta terá que ser na **melhoria da qualificação** dos profissionais de saúde e na **livre escolha do paciente** mas por enquanto há que confiar no Ministro e esperar que continue o seu difícil trabalho de apertar o cinto onde menos prejuízo possa causar aos portugueses.

Infarmed - Supervisão e Regulação do Medicamento e dos Intervenção Nacional e Internaci

Eurico Castro Alves
Presidente do Infarmed

Autor

Na sequência do processo de adesão à CEE, em 1993, o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (Infarmed) foi criado como instituto regulador, dando início em Portugal a um verdadeiro sistema de regulação que permitiu a supervisão da qualidade, segurança e eficácia do medicamento em todo o seu circuito. Passados 20 anos, o Infarmed é hoje uma instituição respeitada e considerada pela sociedade, desde o cidadão comum ao profissional de saúde e também um elemento essencial na linha de protecção da saúde pública em Portugal.

O Infarmed tem como missão regular e supervisionar os sectores dos medicamentos, dispositivos médicos, produtos cosméticos e de higiene corporal, segundo os mais elevados padrões de protecção da saúde pública garantindo, dessa forma, o acesso dos profissionais de saúde e dos cidadãos a estes produtos.

No cumprimento desta missão ambiciona ser um modelo de excelência na prestação de um serviço público de qualidade e uma agência de referência na União Europeia, valorizando os seus colaboradores.

Tendo em conta a missão global do Infarmed, a sua intervenção pode ser englobada no grande domínio de defesa dos direitos do cidadão/utentes no âmbito da política do medicamento. Esse desígnio concretiza-se na sua actividade diária, por um lado, através do registo, da avaliação da qualidade, segurança e eficácia, a comprovação da qualidade e a mais-valia terapêutica dos medicamentos e produtos de saúde disponíveis no mercado e, por outro, através do

registo, licenciamento e inspecção das entidades responsáveis pela produção e distribuição desses mesmos medicamentos e produtos de saúde até ao consumidor final. No contexto internacional é igualmente reconhecido o contributo do Infarmed enquanto agência do medicamento, quer no âmbito da Agência Europeia do Medicamento (EMA na sigla inglesa), quer na sua relação com outras instituições europeias e internacionais, como a Comissão Europeia, a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras.

A título de exemplo, refiram-se as avaliações comparativas feitas pelas agências europeias, que colocam o Infarmed em terceiro lugar como Estado Membro de Referência nos procedimentos de avaliação descentralizada e de reconhecimento mútuo (entre as 27 agências) e em primeiro lugar nas avaliações de Planos de Investigação Pediátrica. Saliente-se também o desempenho do nosso laboratório de controlo de qualidade, acreditado pelo Instituto Português de Acreditação e pela Direcção Europeia para Qualidade de Medicamentos. Para além de ser o segundo laboratório mais solicitado a nível europeu, após a Alemanha, é também um dos Laboratórios Qualificados da Organização Mundial de Saúde para a análise de medicamentos para o VIH/SIDA, a Malária e a Tuberculose.

ESTRATÉGIA A MÉDIO E LONGO PRAZO

Nos últimos anos, o Infarmed tem mantido um conjunto de orientações consistentes no sentido da sua adaptação contínua ao contexto europeu, ao desenvolvimento interno e ao alargamento da sua actuação,

tendo em vista a concretização dos seus objectivos estratégicos e operacionais resultantes daquilo que é a sua missão.

Assim, a relevância contínua do Infarmed no contexto nacional e europeu é mantida por uma estratégia a médio e longo prazo que lhe permite intensificar o caminho da especialização, posicionando-se como regulador de eleição da indústria e das agências congêneres para alguns domínios seleccionados. A escolha das áreas de especialização/interesse estratégico passam não só por aquelas que já têm valências disponíveis, mas também pelas que venham a ser especialmente necessárias no contexto nacional e/ou que tenham uma procura antecipada relevante e ainda não amplamente coberta no contexto europeu, nomeadamente novas terapêuticas, e onde Portugal tenha capacidade de desenvolver especialização.

Para a concretização desta estratégia, o Infarmed definiu objectivos exigentes mas que permitem manter o seu relevante papel da protecção da saúde pública. Eles incidem numa perspectiva de manter a conformidade do mercado, reforçando os instrumentos de supervisão na fiscalização, comprovação de qualidade e gestão proactiva do risco, no reforço da comunicação, disponibilizando mais e melhor informação sobre medicamentos e produtos de saúde aos cidadãos, profissionais e entidades do sector e na aposta da melhoria interna contínua, optimizando os processos e garantindo a eficiência dos recursos. Acrescem ainda como objectivos o reforço do posicionamento do Infarmed no contexto internacional, através da sua presença no centro da discussão da inovação científica

e regulamentar, em particular no contexto do sistema europeu, o incentivo ao desenvolvimento dos sectores farmacêutico e dos produtos saúde, promovendo a competitividade da indústria nacional através do apoio técnico-científico e da colaboração institucional e, por último, o objectivo de contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde, através da promoção do uso racional de medicamentos e produtos de saúde e da utilização efectiva e eficiente dos recursos.

INTERVENÇÃO NO ESPAÇO LUSÓFONO E COOPERAÇÃO

A colaboração do Infarmed com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa tem sido consolidada ao longo do tempo através de inúmeros protocolos de cooperação e desenvolvimento, procurando transmitir e partilhar a experiência e o conhecimento acumulado ao longo dos seus 20 anos de existência. Destacam-se, entre outros, os projectos de colaboração na implementação de sistemas regulamentares, na formação de recursos humanos e na comprovação da qualidade dos medicamentos. Através destes projectos de cooperação identificam-se proximidades geradas pelo trabalho em comum, potenciadas não só pela globalização mas, sobretudo, pelos laços histórico-culturais.

Assim, com base nas duradouras e excelentes relações que os vários países lusófonos mantêm no domínio da farmácia e do me-

dicamento, foi assinado no passado mês de Maio, em Luanda, a declaração de compromisso que criou o **FARMED - Fórum das**



Dr. Eurico Castro Alves, associado da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde e actual Presidente do Infarmed

Agências Reguladoras do Medicamento do Espaço Lusófono, uma ideia original do Infarmed à qual aderiram os responsáveis pela regulação do sector da farmácia, medicamento e produtos de saúde destes países. O FARMED tem como objectivo constituir-se como uma rede de regulação do sector da farmácia e do medicamento do espaço lusófono, alicerçado em relações de confiança recíproca e funcionará como catalisa-

dor do desenvolvimento da regulação deste sector através da partilha e discussão de boas práticas, tendo em vista a concertação de sinergias e a consolidação de instituições fortes, permanentes e sustentáveis.

A rede agora criada irá igualmente contribuir para um quadro convergente de actuação que promova o acesso a medicamentos e produtos de saúde de qualidade, eficazes e seguros; fomentar o intercâmbio de experiências, tecnologia e informação nas áreas da farmácia, medicamento e produtos de saúde e promover o desenvolvimento humano e bem-estar dos povos do espaço lusófono.

O Infarmed, signatário da declaração de compromisso por Portugal, como um dos seus principais impulsionadores assumirá a primeira presidência deste Fórum. Muito brevemente irá realizar-se em Portugal a primeira reunião formal do FARMED onde serão já apresentados e discutidos os primeiros projectos a desenvolver.

ACESSIBILIDADE AO MEDICAMENTO

No cumprimento da sua missão, uma das prioridades do Infarmed é a de garantir a acessibilidade dos doentes aos medicamentos e produtos de saúde de que necessitam. Recentemente, tem tido eco na opinião pública a premissa de que existe uma falha generalizada de acesso aos medicamentos. Atribui-se, como facto, que esta situação estará a ser provocada, em exclusivo, pela

ocorrência de exportação ilegal de medicamentos para mercados onde os preços são mais competitivos, privando o mercado nacional desses mesmos medicamentos.

Importa clarificar, desde logo, que a exportação de medicamentos é essencial para o crescimento económico e desenvolvimento das empresas nacionais da área farmacêutica, contribuindo também para as exportações gerais do país. Neste sentido, temos vindo a trabalhar em estreita articulação com estes parceiros com o intuito de ajudar a criar condições adequadas e favoráveis ao reforço das suas exportações. Essencialmente, procuramos fomentar o diálogo e a articulação entre regulador e regulados para que os processos de exportação decorram de forma ágil e expedita, evitando que as empresas se deparem com barreiras desnecessárias à realização dos seus investimentos.

Contudo, existem limites para o desenvolvimento desta actividade, a qual se torna ilegal quando compromete o abastecimento regular do mercado nacional de medicamentos e põe em causa a sua acessibilidade por parte dos doentes, e sobre os quais o Infarmed está bastante atento e vigilante.

Porém, as dificuldades pontuais que se têm verificado não põem em causa o acesso dos doentes aos medicamentos mas, e não menos importante, criam dificuldades de abastecimento. Tais dificuldades resultam da conjugação de vários factores, onde se inclui a exportação de medicamentos realizada à margem da lei, mas também o actual modelo de gestão de stocks praticado pelas farmácias, mais reduzido devido às constricções económicas que atravessam – como qualquer outro sector de actividade – e as rupturas de stock com origem no fabricante por via de, entre outros, perturbações do processo produtivo, falta de matéria-prima ou problemas de qualidade.

Todavia, a conjugação destes factores, embora cause perturbações no abastecimento de medicamentos no circuito de distribuição e dispensa, e na sua disponibilidade no momento em que o doente se desloca à farmácia, não se consubstancia em qualquer privação do seu acesso, dado que estes ficam disponíveis em momento posterior e dentro de um prazo razoável estipulado regulamentarmente (máximo 12 horas).

O conhecimento desta realidade resulta das acções de monitorização da acessibilidade ao medicamento realizadas pelo Infarmed, recorrendo a acções inspectivas no terreno e da recolha de informação junto de todos os intervenientes no circuito de medicamento.

Das inspecções realizadas foi possível apurar a prática de exportação ilegal praticada por distribuidores, que deixaram de abastecer o mercado nacional, e por farmácias, através do exercício de actividade de distribuição, prática ilegal para estes agentes. Desde 2011, foram instaurados cerca de 80 processos de contra-ordenação social, cujo valor total das coimas ultrapassa os € 600.000. Adicionalmente, o Infarmed tem disponível um sistema de comunicação independente, tanto para farmácias como para utentes, que permite identificar falhas no abastecimento de medicamentos. Desde dezembro de 2012, data de implementação do sistema para os utentes, foram comunicadas por estes 277 situações de falhas de medicamentos sendo que, a maioria das quais referiam-se a rupturas de stock. No que respeita às farmácias, desde Fevereiro, data de implementação do sistema para estes espaços, verifica-se que o número de notificações e o número farmácias notificadoras tem reduzido substancialmente. De um total de 1.213 notificações realizadas por 72 farmácias registadas em Fevereiro, os últimos dados, referentes a Maio, registam 366 notificações realizadas por 23 farmácias.

Ainda no que respeita à informação e percepção da realidade no terreno, desde Dezembro de 2012, o Infarmed disponibiliza no seu site (www.infarmed.pt) um mapa onde o utente pode identificar, farmácia a farmácia, as falhas de medicamentos cujas substâncias activas são consideradas essenciais (segundo a Organização Mundial de Saúde). De um universo de cerca 2.800 farmácias, até ao momento, apenas nove estiveram momentaneamente identificadas com falhas.

Tendo em conta a realidade identificada, um problema de falhas de abastecimento e não falta de acesso generalizado, o Infarmed definiu uma série de medidas de mitigação das situações que possam estar a provocar essas falhas de abastecimento de medicamentos no mercado nacional.

Uma dessas medidas visa garantir que aquilo que é abastecido no mercado nacional corresponde às necessidades dos utentes, pelo que está em implementação um sistema de notificação que obriga fabricantes e distribuidores a comunicar as quantidades de medicamentos que colocam no circuito de distribuição e farmácia.

Por outro lado, tendo em vista a garantia do abastecimento do mercado nacional, está em curso a adopção de uma medida normativa que prevê a divulgação e manutenção de uma lista de medicamentos essenciais, para os quais será necessária a notificação prévia por parte dos distribuidores por grosso sempre que pretendam proceder à sua exportação e/ou comércio intracomunitário. Tendo em conta as necessidades do mercado nacional, e por razões de saúde pública, o Infarmed decidirá sobre essa pretensão.

Ainda no âmbito das medidas de mitigação previstas, refira-se a proposta legislativa anunciada pelo Ministério da Saúde, tendo em vista o agravamento das coimas para a exportação ilegal, tornando mais dissuasora a ocorrência desta prática e, ainda, a disponibilidade demonstrada por diversas entidades (laboratório militar, hospitais e indústria nacional) para a produção, pontual e em pequenas quantidades, de determinadas moléculas que, pelo seu baixo custo e por falta de interesse económico, possam não estar a ser comercializadas.

Ainda no que se refere à acessibilidade ao medicamento, os dados de consumo no mercado nacional demonstram que esta tem registado um aumento significativo. Registe-se para tal, que nos últimos dois anos o preço médio do medicamento baixou cerca de 14% e que, em 2012, foram consumidas mais de cinco milhões de embalagens e, ainda, que só no primeiro trimestre de 2013 consumiram-se mais 235.000 embalagens de medicamentos, comparando com o período homólogo.

Estes dados são objectivos e representam a realidade do acesso ao medicamento no mercado nacional e que, não obstante a falhas pontuais de abastecimento já identificadas e com medidas previstas para a sua mitigação, a acessibilidade dos doentes ao medicamento de que necessitam não está posta em causa.

A Gestão Tipo Fósforo

Jorge Santos
Médico

Autor

Recentemente, os media referiam que “Dadores de sangue entregam petição a exigir isenção das taxas”. Dias depois, noticiava-se que “PM foi a uma mega-reunião da Saúde avisar que não tolera mais um cêntimo de dívida no sector” e, no dia seguinte, outro semanário avançava que “Nunca o cancro matou tanto” com a justificação, de que, “Os principais problemas são de ordem organizacional, de má interacção com os especialistas de medicina geral e familiar (MGF)”. Mais recentemente, noticiava-se que o “Hospital de S. João aposta no negócio do sangue e já está a obter os primeiros resultados”. Por outro lado, a Ordem dos Médicos pronunciava-se contra a aquisição de serviços de Imunohemoterapia por parte do Hospital de Loures a uma terceira entidade em regime de *outsourcing*. Parte da resposta a esta questão poderá encontrar-se na eliminação de muitos desperdícios em saúde. No Instituto Português do Sangue (IPS) e nos hospitais e/ou cuidados primários (CP) existe desperdício, quer económico e como tal quantificado em euros, quer intelectual e então condenado ao “emprateamento”, tantas vezes dos mais qualificados e por razões que nada têm a ver com competência profissional. Todos o sabemos. Vários o estudaram e quantificaram, outros sentiram-

-no na pele. Uns melhor outros pior, todos o tentam combater. Por vezes para diminuir a despesa na “casa A”, obriga-se o “vizinho B” a arcar, em gastos extraordinários, o que a primeira “boa gestão” poupou.

A gestão da qualidade consistirá em obter a qualidade ao menor custo possível aumentando o crescimento e a rentabilidade.

Taguchi postulou que “não podemos reduzir os custos sem afectar a qualidade”, mas “podemos melhorar a qualidade sem incrementar os custos”, pelo que “podemos reduzir os custos melhorando a qualidade”.

O IPS dispõe de clínicos de várias áreas e em particular de MGF que poderiam ser melhor aproveitados nas consultas que fazem. Embora estas sejam muito rápidas, fornecem elementos que poderiam evitar um gasto de tempo noutros sectores do Ministério da Saúde (MS). Para isso, a informação colhida devia ser “vertida” para uma aplicação que fornecesse ao médico de família (MF) nos cuidados primários o agendamento deste doente, com os dados clínicos e algumas das análises, já efectuadas pelo IPS. Uma vez que a maioria das dívidas é conseguida ao fim-de-semana, parte das questões de saúde cairia fora do período laboral diminuindo as quebras

de produtividade, deslocações e facilitando-se também a tarefa dos MF. Assim talvez não fosse necessário importar médicos e o MS, racionalizando todas estas sinergias, pouparia muitos cêntimos e melhoraria o acesso aos cuidados prestados. Mais aliciente do que oferecer apenas isenção nas taxas moderadoras, seria juntar-lhe um acesso facilitado ao MF, podendo quem sabe, angariar-se com

mais sucesso e menos custos, um maior número de dadores. Assim, combatiam-se os problemas organizacionais e aumentava-se a interacção com os especialistas de MGF, verdadeira pedra angular na diminuição da factura do SNS.

O que falta na saúde não é tanto melhorar a capacidade instalada mas aperfeiçoar a articulação entre CP e hospitalares e entre estes e outros sectores. Para isso era também urgente proceder-se à ligação informática entre CP e hospitais de referenciação.

Talvez assim a gestão do SNS deixe de se comportar como os fósforos amorfos os quais só entram em combustão, sempre efémera, quando friccionados contra a lixa da própria caixa, e permita mostrar aos nossos credores que sabemos transformar custos em proveitos com a mera reorganização e articulação dos serviços.

A Criação de Valor no Mercado de Factor Diferenciador para a Negó Competitividade em Contexto de

Carvalho, C., Silva, E. e Pereira, A.

Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto; Associação Politécnicos do Norte

Autores

RESUMO

Numa altura em que o sector da saúde é apontado como uma área crítica de gastos, nunca foi tão pertinente, pela falta de verbas, refletir e discutir o formato de contratação e de gestão dos cuidados de saúde. Discutir a sua fundamentação em custo, volume ou diferenciação, bem como os indicadores que refletem o investimento, a eficiência e eficácia dos cuidados, dependem da tipologia dos cuidados a prestar. Pretendeu-se como objectivo principal estudar a criação de valor no mercado da saúde enquanto factor diferenciador para a negociação de preços e competitividade em contexto de crise económica. Procedeu-se à revisão dos modelos teóricos, recorrendo a pesquisa bibliográfica. Tendo em vista duas estratégias – redução directa de preços (liderança em custos) ou manutenção de preços com criação de valor (diferenciação), foram elaboradas duas propostas e posteriormente apresentadas para avaliação e votação *on-line* por um grupo oito gestores hospitalares.

O valor em cuidados de saúde é visível nos benefícios clínicos alcançados pelo dinheiro investido. A estrutura dos actuais sistemas de saúde apenas reconhece redução de gastos, fontes de receita, volume de cuidados, sem orientação para a valorização dos resultados clínicos. Os prestadores deviam competir pela focalização na obtenção de melhores resultados clínicos, pois deve ser a essa a preocupação central dos serviços médicos. Uma boa gestão pode levar a que numa negociação de contratos, uma proposta baseada em valor possa garantir a manutenção dos preços.

PALAVRAS CHAVE

Saúde; Valor; Preço; Competitividade

INTRODUÇÃO

As despesas de saúde aumentaram significativamente nos últimos anos e actualmente representam, na maioria dos países, uma percentagem significativa do PIB. Segundo o relatório da OCDE, em 2010 as despesas de saúde dos países membros eram em média de 9,5% do PIB. Portugal em 2010 apresentava um total de despesas em saúde de 10,7% do PIB¹.

Com o aumento da esperança de vida e maior peso das doenças crónicas, prevê-se uma contínua sobrecarga nos sistemas de saúde públicos². Tendo em vista uma possível ruptura do mesmo, os países vêem-se obrigados a desenvolver planos de reestruturação que incluem cortes directos na prestação dos cuidados de saúde. Até 2009, verificava-se em média, um crescimento anual da despesa de saúde de 4,6% do PIB nos países membros. Em 2010, pela primeira vez verificou-se uma queda de 0,6%¹. Para Portugal, o desafio é tornar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) eficaz e eficiente, tornando-se

financeiramente sustentável e organizado^{3,4}. Neste contexto de recessão económica, tornou-se tarefa ainda mais prioritária o controlo das contas das instituições de saúde, a optimização da gestão hospitalar e o despertar de grupos económicos privados como parceiros⁵.

A necessidade urgente de reduzir a despesa propicia erros na abordagem aos forne-



a Saúde enquanto Criação de Preços e Crise Mundial

cedores de serviços: é proposta redução de preços que em determinados casos leva à revisão dos modelos contratuais afectando os modelos de fornecimento e qualidade de serviços prestados. Por sua vez, as empresas prestadoras alteram as suas estratégias para fazer face às tendências do mercado de forma a alcançar a vantagem competitiva, seja baseada em preço ou baseado no valor para o cliente (resposta

centrada nas suas necessidades)^{6,7}.

Com vista estudar a criação de valor no mercado da saúde enquanto factor diferenciador para a negociação de preços e competitividade em contexto de crise económica utilizou-se uma metodologia qualitativa baseada na revisão dos modelos teóricos e enquadramento temático, recorrendo a pesquisa bibliográfica sobre os desafios mundiais no sector da saúde; o sistema de saúde português e medidas impostas pelo Memorando de Entendimento e a estratégia pela criação de valor. Recorreu-se também a uma metodologia de investigação de natureza quantitativa para avaliação de duas propostas baseadas em redução directa de preços (liderança em custos) ou manutenção de preços com criação de valor (diferenciação).

OS DESAFIOS DO SECTOR DA SAÚDE

O principal desafio para o sector da saúde é o aumento da despesa. Existem factores que podem explicar este aumento e que se relacionam com a procura e a oferta de cuidados⁸. Ao nível da procura, o envelhecimento da população e aumento das doenças crónicas. Ao longo dos últimos 50 anos nos países da OCDE a esperança média de vida tem aumentado consideravelmente e a taxa de natalidade tem diminuído significativamente. A população activa é cada vez menor, contribuindo com mais esforço para os gastos com a população mais idosa. Além de vivermos mais tem-

po, os estilos de vida adoptados têm vindo contribuir para o aumento de doenças crónicas, como por exemplo a obesidade e a diabetes, com impacto directo na despesa de saúde. As doenças crónicas são a principal causa de mortalidade e morbilidade em toda a Europa (diabetes, doenças cardiovasculares, depressão e doenças respiratórias) necessitando de abordagens complexas e tratamentos de longa duração. A gestão da doença crónica assume assim, um papel de maior relevância na despesa pública e privada⁹. Nos países da OCDE, 40% a 50% das despesas de saúde devem-se à população acima dos 65 anos de idade¹⁰.

Ao nível da oferta, a inovação ao nível das técnicas de intervenção médica, novos medicamentos e novos equipamentos são considerados os principais factores para o aumento da despesa. Embora a inovação tecnológica possa contribuir para maior produtividade e maior economia (por exemplo, novas abordagens medicas menos invasivas), a correcta avaliação da eficácia nem sempre é levada a cabo. Muitas vezes fazem-se investimentos avultados sem ainda ter terminado a avaliação em termos de efectividade, por exemplo, compra de equipamentos de radiologia ou utilização de procedimentos cirúrgicos que implicam material mais caro.

A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Num relatório levado a cabo pela consultora Deloitte em 2011⁴ – *Saúde em análise: Uma visão para o futuro*, são apresentados detalhes das áreas problemáticas do sector: situação demográfica (o aumento da



esperança média de vida e o envelhecimento da população); gastos com medicamentos; ausência de planeamento estratégico (planos elaborados ao nível central, sem o envolvimento das entidades locais e outros parceiros, como a indústria); financiamento hospitalar; dupla cobertura (multiplicam-se as duplas coberturas através dos subsistemas e seguros de saúde privados); planeamento e gestão de recursos humanos desadequados e falta de informação com qualidade (falta de sistemas de informação integrados referente a prestadores, pagadores e reguladores).

Da análise anterior identificam-se possíveis intervenções que de certa forma traçam um caminho para a melhor sustentabilidade financeira do SNS. Destacam-se algumas intervenções fundamentais nesse sentido³. Em primeiro lugar, a procura pela eficiência – combater o desperdício de forma a reduzir necessidades financeiras para o mesmo volume de actividade. Combater o desperdício nos tratamentos prestados à população de forma a conseguir mais com os mesmos recursos ou melhor combinação dos mesmos. Determinar o volume de cuidados que deve ser utilizado, dando prioridade à detecção e eliminação dos consumos excessivos. Em segundo lugar, o controlo da adopção das novas tecnologias e a sua avaliação periódica e sistemática. Cabe ao SNS avaliar quais as soluções tecnológicas que têm verdadeiro valor no diagnóstico e na terapêutica e quanto se justifica pagar por essa inovações.

Através do Memorando de Entendimento de março de 2011 entre Portugal e a Comissão Tripartida constituída pela União Europeia (UE), Banco Central Europeu (BCE) e Fundo Monetário Internacional (FMI), estabeleceu-se um conjunto de compromissos de intervenção em algumas das áreas problemáticas do sistema de saúde. Determinou-se como objetivos “*umentar a eficiência e eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos gastos operacionais dos hospitais*”¹¹.

A CRIAÇÃO DE VALOR NO SECTOR DA SAÚDE

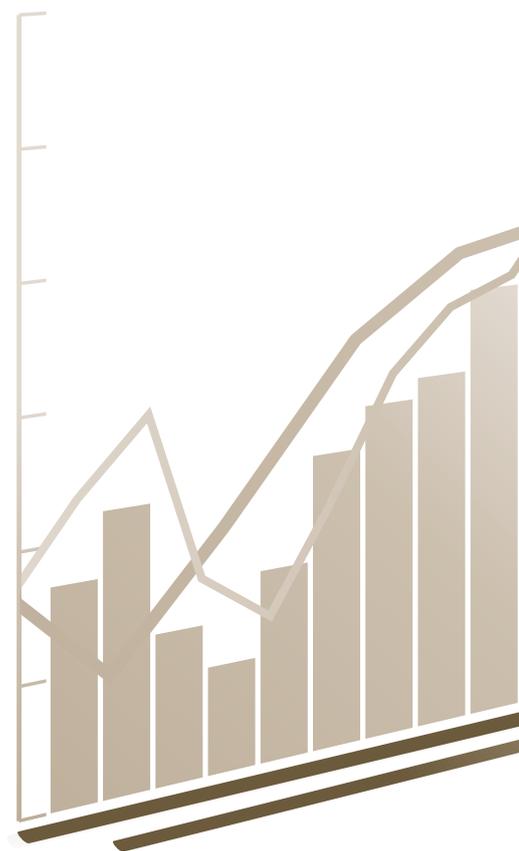
O valor nos cuidados de saúde é entendido como benefícios clínicos alcançados pelo dinheiro investido e não pelo volume de cuidados¹². Michael Porter, na mesma linha de pensamento, define valor como “*os resultados de saúde atingidos por dólar gasto*”¹³. Esta visão tem leitura ao nível de todos os intervenientes na prestação de cuidados desde a perspectiva dos hospitais e cuidados primários, dos doentes, dos pagadores até às empresas fornecedoras contratadas pelo sistema. E embora o sector da saúde tenha características particulares (pelo facto de haver uma grande complexidade no binómio doente-prestador e nunca ser uma simples transação comercial em que o doente (cliente) procura o melhor negócio), é possível alcançar a melhoria, desafiando a forma como entendemos o valor para a saúde¹².

Os sistemas actuais reconhecem e promovem a redução de gastos, fontes de receita, mais quantidade de serviços, e não propriamente qual e quem providencia o serviço mais valioso para o doente¹⁴. Como consequência, são analisados os cuidados tendo em conta apenas duas variáveis: volume gasto e volume de doentes cobertos. Facilmente é esquecida a análise sistemática e a reflexão profunda sobre resultados ao nível da eficácia do volume de cuidados gastos e o impacto que teve no bem-estar geral das populações. Aliás, a maior parte dos fornecedores falha em demonstrar os resultados, medindo apenas o que fornecem e controlam directamente, em vez de medir o resultado completo da actividade.

Um dos pontos identificados para a contenção de gastos em saúde e a correcta avaliação do real valor gerado pela contratação de determinado serviço é a competição dos prestadores pelos doentes. Excelentes prestadores deviam ser valorizados pelos resultados clínicos obtidos, pelo grau de satisfação dos doentes e o equilíbrio dos custos associados. Os prestadores de cuidados devem ser seleccionados pelos resultados clínicos alcançados e o equilíbrio entre gastos/qualidade de serviços¹⁵.

Em Portugal, o sistema de saúde também não está organizado e estruturado para que sejam avaliados os resultados clínicos por valor investido. Com as medidas acor-

dadas pelo Memorando de Entendimento o Estado cultivou ainda mais a abordagem preço/volume acima referida, de forma a conseguir a redução numérica e global da despesa com a saúde, por exemplo o acordo feito com a indústria farmacêutica. Embora houvesse uma tentativa de incentivar à melhor prescrição de medicamentos não foi considerada nenhuma análise qualitativa por grandes áreas médicas de actuação, ou seja, evolução de indicadores clínicos em doentes sobre determinada terapêutica medicamentosa. As empresas do sector (empresas prestadoras de serviços) acabam por desenvolver estratégias que se coadunam com esta cultura, competindo ao nível de preço sem equacionar apresentar propostas de valor para o sistema de saúde. Tomemos como exemplo as análises clínicas em instituições privadas e convencionadas pelo SNS. Em 2010, numa consulta do Estado para a revisão das convenções, todas as clínicas privadas responderam positivamente à necessidade de baixar o preço da convenção, sem apresentar uma proposta que constituísse valor e que não significasse propriamente redução de preços (ou pelo menos não tão acentuados),



como por exemplo, mecanismos de poupança através do controlo do desperdício – excesso de utilização do serviço por parte dos indivíduos e médicos⁸.

ABORDAGEM PREÇO-VALOR

Neste estudo, foram seleccionados gestores hospitalares de vários hospitais públicos do país, de forma a avaliar e votar em duas propostas apresentadas por um único fornecedor de cuidados de saúde domiciliários. Mediante um cenário hipotético, onde o governo decreta através do Memorando de Entendimento, a redução de 15% dos custos com o fornecedor de cuidados de Oxigenoterapia, o fornecedor decide apresentar ao hospital duas propostas baseadas em estratégias distintas – uma proposta baseada apenas na redução de preços (liderança em custos) com perda de alguns serviços já existentes e uma segunda proposta baseada na manutenção de preços, mas

com criação de novos serviços geradores de valor para o hospital (diferenciação – serviços de monitorização de adesão ao tratamento e controlo dos internamentos). Depois de apresentado o cenário introdutório à votação das propostas de prestação de serviços, solicitou-se o preenchimento *on-line* de um questionário.

Analisando a votação das propostas, no cenário apresentado verificamos que dos oito gestores hospitalares envolvidos na votação, 50% optaria pela proposta N.º 1 (redução de preços com perda de alguns serviços) e os outros 50% pela proposta N.º 2 (manutenção de preços e criação de serviços com valor). Quando questionados sobre os dois principais factores que

contribuíram para a decisão, o grupo que votou pela proposta N.º 1, é unânime em identificar um factor central decisivo para a escolha – “Redução preço/dia – redução directa de gastos” e “serviços incluídos são suficientes para este tipo de tratamentos”. Os gestores que votaram na proposta N.º 2 classificaram os dois factores “Disponibilidade de programas para o seguimento do tratamento – eficácia do custo” e “Programa de prevenção com medidas objectivas – redução de gastos” como os mais decisivos. Contudo, relativamente à pergunta “Em contexto de recessão económica e possibilidade de vários fornecedores, qual a proposta mais competitiva?”, 87% dos gestores consideram que a proposta N.º 1, em contexto de crise e em concorrência com outros fornecedores, seria a mais competitiva. Apenas um gestor considerou a proposta N.º 2 a mais competitiva.

Tendo em conta o cenário de pressão para redução imediata de gastos na ordem dos 15% e sendo os decisores gestores financeiros dedicados à gestão financeira do hospital, esperávamos que a maioria optasse pela proposta N.º 1 – redução de preços com impacto nos gastos no imediato. Ao analisarmos os factores identificados pelos mesmos para a tomada de decisão, fica claro que para os gestores que votaram na proposta N.º 2 a monitorização dos tratamentos (quem faz e como faz) e um programa preventivo de complicações, eliminando gastos para o hospital, foram decisivos. Não importa só reduzir o gasto se o hospital não controla a eficácia e qualidade dos tratamentos. Porter¹³ afirma que para se reduzir gastos, muitas vezes tem de se gastar mais nuns serviços para reduzir a necessidade de outros. Se o hospital não controlar a adesão ao tratamento, os doentes pioram a sua condição clínica levando a agudização com conseqüente internamento. Estes gastos de internamento não são associados em momento algum ao tratamento em domicílio que o utente tem de fazer. O mesmo se aplica para os doentes que são cumpridores de tratamento, mas que por alguma eventualidade, pioram a sua situação clínica. Se houver treino e ensino adequado aos cuidadores/doente, podem



ser identificados os sintomas iniciais das agudizações, evitando os internamentos, ou pelo menos, encurtando-os.

Se por um lado, os dados nos indicam que os gestores financeiros das instituições estão conscientes de que monitorizar e prevenir reduzem gastos desnecessários, por outro, verificamos que em concorrência com mais fornecedores a proposta redução de preços é mais apetecível. Mesmo aqueles que votaram por uma negociação baseada em acrescentar valor. Em concorrência parece haver uma tendência para fechar negociações através do preço, não dando atenção a outros resultados. Estes dados vão de encontro a Porter e Teisberg¹⁶, que chamam atenção para maioria das instituições que baseiam as suas decisões apenas em gastos ou preços, não dando a devida importância à obtenção de melhores resultados – quanto me vai custar e quanto vou poupar.

CONCLUSÕES

O valor nos cuidados de saúde reflecte-se nos benefícios clínicos alcançados pelo dinheiro investido. As instituições de saúde, actualmente, dedicam esforços para redução de gastos, fontes de receita, volume de cuidados, sem orientação para a valorização dos resultados clínicos. Os prestadores deviam competir pela focalização na obtenção de melhores resultados clínicos, e pelo grau de satisfação dos doentes.

Quando é proposto a um gestor hospitalar analisar e escolher a melhor proposta que redefina os serviços prestados actualmente, num cenário de pressão para a redução imediata de gastos, nem sempre a escolha é a óbvia redução de preços. Apesar da pressão constante, os gestores financeiros hospitalares podem eleger a proposta com preços mais elevados em detrimento da proposta de redução de preços. Os factores decisivos relacionam-se com o nível de diferenciação que a empresa garante, em especial a monitorização dos resultados e benefícios clínicos dos serviços contratados. Numa negociação de contratos de cuidados de saúde, uma proposta baseada em valor para o doente e para a instituição pode garantir a manutenção dos preços. A correcta análise da proposta e do real benefício que aporta é melhor percebida se forem especificamente mencionados os resultados

quantitativos a que a empresa prestadora se propõe atingir pela implementação dos serviços que respondem a necessidades identificadas. Todavia, mantendo-se uma situação económica de recessão e num cenário competitivo de vários fornecedores, este tipo de proposta pode não ser eleita, pelo facto de aparentemente não representar ganhos imediatos para a instituição contratante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OECD. (2012). *OECD Health Data 2012. How does Portugal compare.*
2. Barros, P.P., Machado, S.R. e Simões J.A. (2011). Portugal: Health system review. *Health System in Transition*. 13(4):1-156.
3. Barros, P.P.(2013). *Pela Sua Saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.
4. Deloitte. (2011). *Saúde em análise. Uma visão para o futuro*. Lisboa
5. Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*. Porto
6. Araújo, J.L.C. (2006). *A criação de valor influenciando o posicionamento estratégico – Estudo de caso do Grupo RCH*. Dissertação em Administração de Empresas – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 112 pp.
7. Magretta, J. (2012). *Michael Porter. O Essencial sobre estratégia, concorrência e competitividade*. 1ª edição, Centro Atlântico. Vila Nova Famalicão.
8. Campos, A.C. e Simões, J. (2011). *O percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Edições Almedina. Coimbra.
9. OMS. (2010). *Relatório Mundial de Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*. Organização Mundial de Saúde.
10. OECD (2011). *Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities*.
11. Ministério das Finanças. (2011a). *Memo-rando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica* (versão eletrónica). Acedido 1 de outubro de 2012 em http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf
12. Yong, P.L., Olsen, L. e McGinnis, M. (2010). Value in Health Care. Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes and Innovation. Workshop Sum-

mary. *The National Academies Press*. Washington DC.

13. Porter, M. (2010). What is Value in Health Care?. *The New England Journal of Medicine*, **363**;26: 2477-2481
14. Silva, E.S. e Queirós, M. (2011). *Gestão Financeira. Análise de Investimentos*. 2ª edição, Vida Económica. Porto.
15. Porter, M. (2009). A strategy for Health Care Reform – Toward a value-based System. *The New England Journal of Medicine*, 361;2: 109-112.
16. Murdock, C. (2012, 16 janeiro). The theory of value-based purchasing: payment based on care quality, not quantity. Bits e Bytes. Acedido a 12 de janeiro de 2013, <http://www.hmstn.com/News/BitsandBytesBlog/Lists/Posts/Post.aspx?ID=30>
17. Porter, M. e Teisberg, E. (2004). Redefining competition in Heathcare. *Harvard Business Review*. Acedido a 8 de janeiro de 2013, em <http://hbr.org/web/extras/insight-center/health-care/defining-competition-in-health-care>
18. Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. (2010). *Relatório de situação. Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal*. Lisboa
19. Escoval, A. (2008). Financiamento, Inovação e Sustentabilidade. 1ª edição, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Lisboa.
20. Lee, E.O. e Emanuel, E. (2013). Share decision making to improve Care and reduce costs. *The New England Journal of Medicine*, 368;1:6-8.
21. Porter, M. (2007). Value-based competition in Health Care. *Healthcare Leadership Council*, Washington DC, January 31, 2007
22. Porter, M. (2008). *The five competitive forces that shape strategy*. Harvard Business Review
23. Silva, E.S. e Queirós, M. (2011). *Gestão Financeira. Análise de Investimentos*. 2ª edição, Vida Económica. Porto.
24. Vendeirinho, S.M.B. (2010). *Viabilidade da utilização de medidas de valor do cliente na Indústria Farmacêutica*. Dissertação em Estatística e Gestão de Informação, Instituto Superior de Estatística de Informação. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. 81 pp



Notícias

Saúde com menos 848 milhões

“Saúde vai ter menos 848 milhões de euros em 2014. Ministro vai continuar a cortar nos medicamentos e nos exames.

No próximo ano, a Saúde em Portugal sofrerá um novo golpe: o Governo vai transferir menos 847, 8 milhões de euros do que em 2013, com um total de 9051,7 milhões de euros.”

Fonte: *Expresso*, 15 de Outubro de 2013

Médicos insistem que farmácias trocam medicamentos e querem auditoria nacional

A Ordem dos Médicos (OM) reafirma as acusações de troca abusiva de medicamentos nas farmácias, garantindo que compilou dados a comprová-lo, e exige uma auditoria nacional.

“Não só o aumento do consumo de genéricos se deve exclusivamente aos médicos, como as farmácias, por sistema, dispensam medicamentos mais caros do que aqueles que foram receitados”, sustenta a OM em comunicado enviado à Lusa.

Os médicos insistem que os doentes estão a ser “económica e clinicamente prejudicados” e exigem uma auditoria nacional.

Fonte: *Público*, 5 de Outubro de 2013

Infarmed inspecciona perto de 300 farmácias

Em causa está a denúncia da Ordem dos Médicos sobre a substituição de prescrições de medicamentos nas farmácias.

O bastonário disse à TSF que considera a auditoria positiva. Há pelo menos 300 farmácias que estão a ser inpeccionadas este mês pelo Infarmed. O ministro da Saúde acredita que no fim vai ser possível perceber a dimensão das denúncias feitas pela Ordem dos Médicos sobre a troca de medicamentos nas farmácias.

Fonte: *TSF*, 17 de Setembro de 2013

Médicos obrigados a estar três anos no mesmo serviço

“Os médicos contratados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) podem ser obrigados a permanecer no mesmo serviço ou organismo por um período de três anos, segundo a versão preliminar da proposta de lei do Orçamento do Estado para 2014. Sempre que haja situações de carência de profissionais de saúde, os serviços podem proceder à contratação, desde que com autorização dos ministros das Finanças e da Saúde, segundo o documento entregue terça-feira.”

Fonte: *Rádio Renascença*, 16 de Outubro de 2013

Acumulação de funções dos médicos no SNS limitada a oito horas/semana

“A acumulação de funções dos médicos passa a estar limitada a oito horas semanais, no caso de prestarem serviços a outra entidade do Serviço Nacional de Saúde, segundo o Orçamento do Estado para o próximo ano.”

Fonte: *Jornal de Notícias*, 15 de Outubro de 2013

Médicos alertam para má formação dos internos

Bastonário dos médicos teme diminuição da capacidade formativa nos hospitais.

A qualidade da formação dos jovens médicos, que estão a fazer o internato da especialidade, tende a baixar e a comprometer a qualidade da assistência futura aos doentes, alerta a Ordem dos Médicos.

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, explicou ao *Correio da Manhã* que este problema se “deve ao fecho e à concentração de serviços hospitalares, diminuição de camas e redução do financiamento aos hospitais”. Acresce a saída para a aposentação dos médicos seniores mais graduados que dão a formação.

Fonte: *Correio da Manhã*, 29 de Setembro de 2013

Lean Healthcare no Serviço de Urgência do Hospital Pêro da Covilhã

Bruno Miguel Ribeiro Vaz Silva; Prof. Doutora Anabela Almeida; Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Autores

RESUMO

Na situação socioeconómica actual torna-se difícil prever o futuro do sistema nacional de saúde; contudo, uma coisa é certa: se o mesmo quiser sobreviver terá que custar menos ao erário público. Uma das ferramentas que poderá permitir o aumento da eficácia e eficiência das instituições que o compõem é o *Lean Healthcare*. Este paradigma inclui ferramentas simples que visam a eliminação de desperdício e a criação de valor.

Seguindo a linha de identificados problemas que foram divididos em 5 categorias: instalações do serviço, material, recursos humanos, utente e fluxo de informação. Qualquer um deles foi identificado como potencial causa de desperdício. Para todos foi proposto uma melhoria *Lean* que visa a eliminação total ou parcial dos desperdícios encontrados.

Concluiu-se que a implementação *Lean* trará muitos benefícios ao serviço, contudo é importante referir que para uma implementação apropriada deste método será necessário fomentar a motivação dos colaboradores para a necessidade de mudança.

INTRODUÇÃO

O termo *Lean Thinking* aparece pela primeira vez em 1990. Descrito como “pensamento magro”, é constituído por um conjunto de fundamentos, princípios e conceitos que se combinam de forma a eliminar todo o desperdício existente (*Muda*, em Japonês). Desta forma, o *Lean Healthcare*, a aplicação dos princípios do *Lean Management* ao sector da saúde, tem como objectivo o desenvolvimento de processos e sistemas que promovam a eliminação do desperdício em toda a organização, a criação de valor para

todas as partes interessadas e uma melhoria contínua e sustentada da organização.

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

De forma a realizar o estudo tornou-se necessário definir as seguintes tarefas: recolher informação sobre o funcionamento actual do Serviço de Urgência Geral do CHCB; elaborar entrevistas informais aos colaboradores para determinar toda e qualquer actividade executada no serviço e, ainda, abordagens mais directas aos colaboradores, com a colocação de questões directamente aos mesmos; analisar a literatura referente aos actos médicos praticados no serviço; analisar o fluxo de utentes no serviço recorrendo a técnicas que se entendam necessárias como a análise de tempos por amostragem simples para obter os tempos das operações; analisar a produtividade do serviço; determinar toda e qualquer actividade/acto médico executado no SU; compilar toda a informação recolhida e analisá-la; identificação de problemas seguindo a metodologia *Lean*; verificar o grau de satisfação dos colaboradores e utilizadores do serviço através de contactos directos informais; avaliar as instalações e a disposição do material. É de referir ainda que a observação foi feita durante o mês de Junho e Julho de 2011 em dias e horários variados num total de 34 horas de observação. Observação essa que foi feita de forma totalmente passiva e que em nenhuma altura interferiu directamente no funcionamento do SUG.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguindo a metodologia *Lean*, foi possível encontrar diversos problemas que originam

desperdícios vários assim como arquitectar possíveis soluções. Os problemas foram divididos em cinco categorias: instalações do serviço, material, recursos humanos, utente e fluxo de informação.

Os problemas referentes às instalações incluem: a existência de salas vazias, a ausência de uma sala de enfermagem, a sala de reanimação estar mal localizada, os acessos desadequados ao serviço e fraca visibilidade dentro do serviço. Todos estes problemas poderiam ser resolvidos por uma reorganização do *layout* com uma realocação de salas segundo o princípio que as salas mais importantes terão que estar mais acessíveis. Em relação à fraca visibilidade do serviço, deverá colocar-se os doentes mais críticos em locais mais visíveis e criar um sistema de rotação de acordo com o seu estado clínico. Os problemas referentes ao material foram decorrentes da quebra de *stock* de material ou da sua disposição errada ou ainda do seu mau estado de manutenção. A solução *Lean* passa pela aplicação de duas ferramentas: 5S e os cartões Kanban. A ferramenta 5S passa por definir as actividades dentro do consultório assim como o material necessário para as concluir. Desta forma, esse material deverá ser organizado de maneira que o mais utilizado esteja mais acessível e certificar-se que o material está sempre disponível no mesmo local através de um sistema de. Os cartões Kanban são um mecanismo em que sempre que há uma quebra de *stock* há um pedido de reposição que é lançado automaticamente.

Os problemas referentes aos recursos humanos criam-se pelo facto das equipas multidisciplinares ser uma ideia implementada

mas ainda muito pouco regulamentada. A solução passará por fazer regulamentos sobre quais os membros que devem fazer parte de uma equipa e qual deverá ser especificamente a sua função porque muitas vezes é no conflito de tarefas que existem falhas, ou porque há sobreposição das tarefas (gastos e movimentações acrescidas) ou porque há tarefas que não são atribuídas (violação de *guidelines* e/ou normas de segurança).

Dos problemas referentes ao utente pode-se destacar o excesso de pessoas a frequentar o serviço e um movimento aleatório e desorganizado dos doentes. A solução passa por limitar o acesso ao SU apenas a pessoas autorizadas e reorganizar o *layout* de acordo com o percurso mais frequente dos doentes, de forma que os doentes não tenham que percorrer todo o serviço apenas para realizar um exame complementar de diagnóstico e o tratamento.

Finalmente, o fluxo de informação, pedra basilar de qualquer organização, é outra fonte de problemas porque apesar dos sistemas informáticos já estarem muito evoluídos ainda têm algumas falhas, com a inerência de

que quando falha a informação não flui como é esperado. A solução poderá passar por otimizar o *software* assim como criar mecanismos substitutos no caso de falhas.

CONCLUSÃO

Durante a realização deste estudo foi possível identificar problemas que foram classificados em cinco categorias apesar disso todos eles têm em comum o facto de serem originados por falhas humanas. O que se por um lado permite que seja possível uma melhoria, por outro faz com que esta seja mais difícil de concretizar pois a capacidade humana para inovar vem sempre acompanhada por preconceitos e resistência à mudança. Seguindo esta linha de raciocínio, conclui-se que é importante motivar e incluir as pessoas neste processo de mudança. O impacto dos vários problemas encontrados foi real e notório por isso é possível, segundo a literatura, prever que com a implementação da metodologia *Lean* poder-se-á esperar: redução dos tempos de resposta (> 70%), redução dos custos de qualidade (70%), redução dos custos operacionais

(40%), melhoria do *customer service* (> 70%), aumento da produtividade (15-40%) e melhoria na participação das pessoas na organização, entre outros.

BIBLIOGRAFIA

- (2005), "Sistema de avaliação da qualidade percebida e satisfação do utente dos hospitais EPE", Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) da Saúde
- Babensky JA, Roe J, Bolton R. "Lean Sigma - Will It Work for Healthcare?". *Journal of Healthcare Information Management* - Vol.19 No.1: 39-44.
- Simões F. (2009) "Lean Healthcare – O conceito Lean aplicado à realidade dos serviços de saúde". Universidade de Aveiro.
- Granban, M. (2011) "Lean Hospitals – Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement", CRC Press, Florida
- Zidel, T. (2006) "A Lean Guide to Transforming Healthcare", American Society for Quality, Milwaukee
- Silberstein A. (2006) "Um estudo de casos sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no Brasil". Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Pinto, J. (2009) "Pensamento Lean: A filosofia das organizações vencedoras", Lidel, Lisboa

Tabela I. Tipo de desperdícios mais comuns no sector da saúde

Tipo de Desperdício	Caracterização
Esperas	Pela atribuição de camas, aguardar pela "alta", esperar por tratamento, esperar por testes de diagnóstico, aguardar por medicamentos, esperar por aprovações, esperar pelo médico ou pelo enfermeiro
Excessos	De papelada, processos redundantes, efectuar testes redundantes, usar aplicação intravenosa (IV) se medicamento oral seria suficiente, múltiplas mudanças de cama e de serviço
Stocks	De amostras em laboratório à espera de análise, utentes da urgência à espera de uma cama, pacientes à espera dos resultados dos testes de diagnóstico, excesso de materiais mantidos nas áreas
Transportes	De amostras de laboratórios, pacientes, medicamentos ou materiais
Movimentações	Procurar documentos e materiais, entregar medicamentos, enfermeiros a tratar doentes de diferentes alas
Perdas do Processo	Preparar medicamentos antes das necessidades dos doentes
Defeitos	Erros de medicação/diagnóstico, identificação incorrecta de amostras, lesões causadas por medicação defeituosa

Referenciação em Medicina Geral e Familiar no Centro de Dados Informáticos de Dois Agrupamentos de Centros de Saúde

Philippe Botas*; Luiz Miguel Santiago**; Paula Miranda***; Carolina Pereira****

Autores

* MD, interno de Medicina Geral e Familiar no ACES Baixo Mondego após mestrado integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ** MD, PhD, Consultor Professor Associado da Universidade da Beira Interior após Doutoramento em Medicina, pela Universidade de Coimbra; *** Licenciada em Medicina e aluna de Mestrado em Nutrição Clínica, após mestrado integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

OBJECTIVOS

Caracterizar a quantidade de referenciação via informática, em dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da região centro de Portugal, entre 2009 e 2011.

MÉTODOS

Estudo observacional, transversal e analítico. Dados de referenciação registados no suporte informático SAM estatística. Para cada Centro de Saúde (CS) calculou-se a Taxa de Referenciação (TR) e o Cálculo de Referenciação Ajustado (CRA). Análise de diferenças na TR e CRA entre os dois ACES, utilizando o teste t de *Student* para amostras independentes.

RESULTADOS

A TR variou entre 1,48% e 5,8% e o CRA entre 0,16‰ e 0,75‰. Menores e maiores valores registados para o CS Oliveira do Hospital e CS Tábua, respectivamente. Sem diferença significativa nas médias de TR e CRA entre os dois ACES, à exceção da TR no ano 2011 ($p=0,026$).

CONCLUSÕES

A Taxa de Referenciação média de cada ACES é inferior à TR estimada para Portugal num estudo Europeu de 1992. O CRA permite uma análise mais completa na comparação com outros contextos.

INTRODUÇÃO

A articulação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) constitui uma

componente fundamental na prestação de cuidados aos utentes. O processo de referenciação é o pilar desta interação interdisciplinar e tem implicações na qualidade de cuidados prestados bem como na economia da saúde. A referenciação é uma das competências nucleares do Especialista em Medicina Geral e Familiar (eMGF) (Wonca Europe, 2011). A Taxa de Referenciação (TR) é o indicador quantitativo mais utilizado e é calculado com base no número de referenciações e número de consultas num determinado período (normalmente um ano). O Estudo Europeu sobre Referenciação, que incluiu 15 países europeus, revelou uma TR de 5,56%, em Portugal em 1992 (The Royal College of General Practitioners, 1992). Portugal ocupou a quinta posição, entre a TR máxima na Alemanha (8,17%) e a mínima em França (2,6%). Em Portugal, o maior número de referenciações registaram-se em especialidades cirúrgicas (Cirurgia geral, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Ortopedia). Neste estudo também são analisadas as diferenças dos sistemas nacionais de saúde nos diferentes países que determinam diferenças na prática clínica em CSP e influenciam a TR. Para o ano de 1997, um Médico de Família numa extensão rural do Alentejo interior registou uma TR de 5,87% e as especialidades com maior número de referenciações foram Oftalmologia, Ginecologia e Cirurgia (Janeiro, 2001). Em 2003, num Centro de Saúde (CS) no Norte de

Portugal a TR foi de 10,11%, sendo a Otorrinolaringologia, a Ginecologia e a Cirurgia as especialidades com maior volume de referenciação (Ponte, 2006).



Portugal: pamentos

com o Grau de Assistente Graduado Sênior de Medicina Geral e Familiar, com funções como médico e orientador de formação específica pós-graduada no ACES Baixo Mondego e Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Mealhada; **** MD, interna de Medicina Geral e Familiar no ACES Baixo Mondego

A referenciação dos CSP para CSS é um processo complexo, sob múltiplas influências, que abrangem o contexto social, político e económico, assim como a organi-

zação do sistema de saúde (BMA Health Policy and Economic Research Unit, 2009). A qualidade de cooperação e comunicação entre os dois níveis de Cuidados de Saúde influenciam o processo de referenciação (De Sousa, 2006). As características geográficas de distribuição de Unidades de Saúde também determinam este processo. O Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro introduz o conceito de agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, que agrupam um ou mais CS, com o objectivo de garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica (Decreto-Lei n.º 28/2008). O artigo 4.º do Decreto-Lei considera a delimitação geográfica dos ACES, destacando que um dos factores a avaliar é a acessibilidade da população ao hospital de referência. Também se devem considerar outros predictores de referenciação. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, os pacientes em faixas etárias mais elevadas, com estado de saúde deteriorado e com maior número de consultas em CSP foram os mais referenciados (Bertakis, 2001). As características de prática clínica do médico também influenciaram o processo de referenciação aos CSS. Os resultados do estudo da Ambulatory Sentinel Practice Network, nos Estados Unidos da América, destacaram que 52,1% das referenciações dos Médicos de Família foram para aconselhamento sobre diagnóstico e/

ou tratamento (Forrest, 2002).

Após a realização de um trabalho de investigação no CS de Eiras (ACES Baixo Mondego I), com análise quantitativa da referenciação com indicador populacional padronizado, elaborado pelos autores, considerámos pertinente realizar esta análise para os ACES do Baixo Mondego I (BMI) e Pinhal Interior Norte I (PINI). Actualmente, a disponibilidade de dados de referenciação em suporte informático facilita o conhecimento da realidade nesta área e é fundamental a sua caracterização. Desta forma, dispomos de informação para comparação com outros contextos (geográficos; institucionais) e para reflexão sobre a prática clínica. Este conhecimento é o impulso para investigação sobre a qualidade e determinantes da referenciação. A motivação para a criação de um indicador populacional surgiu da percepção das limitações da TR como indicador de comparação. O *National Collaborating Centre for Methods and Tools* define indicadores de saúde como medidas sumárias que representam dimensões fundamentais do estado de saúde, do sistema de cuidados de saúde ou factores relacionados (National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2011). Acrescentando que os indicadores podem ser utilizados para compreensão e para monitorização. A elaboração do indicador populacional para o processo de referenciação, sugerido pelos autores, centrou-se nestes conceitos e pretende desenvolver um maior nível de compreensão e de comparabilidade entre diferentes contextos.



No período em estudo, o ACES do BMI tinha Sede em Coimbra e a área geográfica abrangia os concelhos de Coimbra, Condeixa-a-Nova e Penacova (Presidência do Conselho de Ministros, 2009). Os CS incluídos eram: Celas, Eiras, Fernão de Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, S. Martinho do Bispo, Condeixa-a-Nova e Penacova. O ACES do PINI tinha Sede na Lousã e a área geográfica abrangia os concelhos de Arganil, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Tábua e Vila Nova de Poiares (Presidência do Conselho de Ministros, 2009). Os CS incluídos eram os correspondentes aos oito concelhos.

O objectivo deste estudo é caracterizar a quantidade de referência via informática aos CSS de dois ACES da região centro de Portugal, entre 2009 e 2011.

MÉTODOS

Estudo observacional, transversal e analítico. Solicitou-se à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) a autorização para a realização do estudo. Os dados foram cedidos pela ARSC, relativos aos CS dos ACES do PINI e BMI utilizadores do suporte informático “Sistema de Apoio ao Médico” (SAM). Os dados foram recolhidos do programa de análise de dados do sistema de apoio ao médico (SAM estatística). Para cada CS colheram-se os seguintes dados: número de utentes inscritos à data de 1 de Janeiro e 31 de Dezembro para os anos 2009, 2010 e 2011; número de utentes utilizadores, número de consultas efectuadas e número de referências para os anos 2009, 2010 e 2011. Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados em *Microsoft Office Excel 2007*, tendo a análise estatística sido efectuada através do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 19.0 para Windows.

O estudo cingiu-se à análise de dados registados em suporte informático SAM estatística sem identificação de utentes ou médicos, estudando-se os dados brutos globais de cada unidade de estudo, o CS.

População correspondente ao número de utentes inscritos nos CS em análise. Amostra, de conveniência, correspondente ao número total de utentes referenciados via sistema ALERT PI para os CSS por cada

ano do período de estudo. Este processo engloba as referências realizadas pelo Médico através do item “pedido” disponível no SAM. Sem limite de número de referências por utente.

Para cada ano (2009, 2010 e 2011) e para cada CS, calculou-se:

- Taxa de Referência (TR): número total de referências/número total consultas*100;
- Cálculo de Referência Ajustado (CRA): número de referências por dia ajustado à população no meio de cada período de estudo (referências/1.000 utentes inscritos/dia): número de referências*1.000/população no meio do período*365. Este indicador populacional sugerido foi elaborado tendo como base outros indicadores populacionais utilizados frequentemente para outros parâmetros. Os autores concentraram-se em objectivos fundamentais: relevância do aspecto analisado pelo indicador; acessibilidade a informação para o cálculo; facilidade na interpretação dos resultados e do seu significado; utilidade na monitorização do processo de referência e na compreensão de diferentes contextos (Flowers, 2005).

Relativamente às variáveis calculadas analisaram-se as diferenças entre os dois ACES, utilizando o teste t de *Student* para amostras independentes, com significado estatístico a 0,05.

RESULTADOS

Os dados obtidos correspondem a sete CS do ACES PINI (Arganil, Góis, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Tábua e Vila Nova de Poiares) e sete CS do ACES do BMI (Eiras, Fernão de Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, S. Martinho do Bispo, Condeixa-a-Nova e Penacova). Os dados são relativos ao conjunto de Unidades de Saúde que integram cada CS em cada ano e que utilizam o suporte informático SAM. As Unidades de Saúde não utilizadoras deste suporte informático não estão representadas nesta análise.

Os quadros I e II destacam dados do ACES do PINI e BMI, respectivamente. Não obtivemos dados completos do número de consultas no ano 2011 para o CS de Oli-

veira do Hospital. O número de utentes inscritos é maior para o conjunto de 7 CS do ACES do BMI, assim como o número de consultas e número de referências realizadas em cada ano em análise.

O quadro III demonstra os valores de TR e de CRA para os anos 2009, 2010 e 2011, para cada CS em análise. O ACES 1 corresponde ao PINI e o ACES 2 ao BMI. A TR no ano 2011 para o CS de Oliveira do Hospital não foi calculada por insuficiência de dados de número de consultas para esse ano. O menor valor de TR verificou-se para o CS de Oliveira do Hospital no ano 2010, com um valor de 1,48%. Também para este CS constata-se o menor CRA (0,18‰, 0,17‰ e 0,16‰ para os anos 2009, 2010 e 2011, respectivamente). Os valores mais elevados de TR e CRA verificaram-se para o CS de Tábua em 2010, com um valor de 5,8% e 0,75‰, respectivamente.

O quadro IV mostra a comparação entre as médias de TR e CRA de cada ACES, para os CS incluídos neste estudo. Pela observação do quadro, verifica-se diferença significativa para a TR média no ano 2011, comparando 6 CS do ACES do PINI e 7 CS do BMI ($p=0,026$). Não se verifica diferença significativa para os outros anos nem para as médias de CRA. Os valores de CRA média variaram entre 0,44‰-0,48‰ para o ACES PINI e entre 0,46‰-0,47‰ para o ACES BMI.

DISCUSSÃO

Os dados foram recolhidos do suporte informático SAM estatística e cedidos pela ARSC. Os autores foram responsáveis pela organização e análise destes dados. Esta metodologia foi adequada ao objectivo deste estudo, garantindo a idoneidade do processo. Destaca-se que este método apenas permitiu a recolha de dados informatizados de Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde utilizadoras do suporte informático SAM. Este facto explica que os CS da Lousã (ACES do PINI) e de Celas (ACES do BMI) não estejam incluídos no presente estudo, assim como outras Unidades de Saúde pertencentes a alguns CS. A interpretação dos resultados apresentados deve considerar este factor. A comparação dos dados obtidos do número de utentes inscritos por CS com os

descritos na Portaria n.º 274/2009, de 18 de Março, permite inferir pela inclusão da maioria das Unidades de Saúde dos respectivos ACES. Como descrito no quadro I, os autores não tiveram acesso aos dados completos do número de consultas para o CS de Oliveira do Hospital no ano 2011. Esta limitação não permitiu o cálculo da TR para esse ano (quadro III). Desta forma, a comparação de médias de TR entre os ACES, para o ano 2011, incluiu apenas 6 CS do ACES PIN I (quadro IV).

As diferenças nos valores absolutos da população a meio do período (número de utentes inscritos) entre os dois ACES (quadro I e II) correlacionam-se com os dados de população residente e presente para os concelhos abrangidos por cada ACES. De acordo com dados do Censos 2011, na área geográfica do ACES BMI habita uma maior população. Assim, este ACES tem maior número de utentes inscritos nas suas Unidades de Saúde e estas diferenças repercutem-se no número absoluto de consultas e referências. Os indicadores utilizados pelos autores nesta investigação foram fun-

damentais para comparar diferentes contextos entre os ACES.

Ao analisar os valores de TR e CRA no presente estudo deve-se considerar que poderão estar subestimados. Este facto relaciona-se com a perspectiva de que o número total de referências para cada CS será superior ao obtido através da metodologia de recolha de dados. Numa primeira instância, destaca-se que o objectivo desta investigação é caracterizar a quantidade de referência via informática aos CSS, pelo que não se incluem referências realizadas por outros meios sem recurso a suporte informático. Para o período de estudo analisado, os autores consideram que estas vias de referência serão residuais. A maior limitação que poderá influenciar os dados descritos diz respeito a referências realizadas por vias diferentes do processo que gera registos para o SAM estatística (referências realizadas pelo Médico através do atalho “pedido” disponível no SAM). Este facto é particularmente importante, por exemplo, nas referências para consultas de Medicina Física e

da Reabilitação e Oftalmologia, em que se pode realizar através do item de requisição de exames complementares de diagnóstico. Também se destacam os protocolos de cooperação entre CSP e CSS, que permitem a dispensa da referência via informática, como por exemplo na abordagem multidisciplinar à grávida, na referência à Unidade de Alcoologia e na referência às consultas de Psiquiatria de Ligação, Psicologia ou Nutrição realizadas no contexto de CSP. Este viés de informação é comum a todos os CS analisados, sendo o real impacto dependente das características da actividade clínica desenvolvida em cada um. Contudo, os autores consideram que a maior percentagem de referências será realizada pela ferramenta em análise no presente estudo.

Outro dado a ter em conta é o cálculo da TR considerando o número total de consultas. Consultas não presenciais, de renovação de receituário e domicílios estão incluídas na análise. Os autores reconhecem que são consultas em que é menos previsível a realização de referência aos CSS. Con-

Quadro I – Dados por ano para o ACES Pinhal Interior Norte I (CS - Centro de Saúde)

CS	População a meio do período			N.º consultas			N.º referências		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Arganil	14949	14562	14082	67157	66340	64142	1369	1503	1877
Góis	4927	4776	4610	27555	27254	25553	1274	833	692
M.do Corvo	13195	13017	12708	57372	55427	46934	2551	2298	2072
O.Hospital	24124	23694	23231	104251	99054	*	1605	1464	1397
P.Serra	4440	4287	4131	25289	25378	23250	720	730	619
Tábua	12981	12971	12821	62379	60858	52807	3244	3535	2745
VN Poiares	8302	8208	8153	43077	42516	40904	1806	2060	1986
TOTAL	82918	81515	79736	387080	376827	253590	12569	12423	11388

(*) Insuficiência de dados para o ano 2011

Quadro II – Dados por ano para o ACES Baixo Mondego I (CS - Centro de Saúde)

CS	População a meio do período			N.º consultas			N.º referências		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Condeixa	17275	17267	17415	78801	72825	65235	3154	2999	3184
Eiras	17717	17870	17872	56670	55011	55578	3125	3100	3201
F.Magalhães	30983	30213	29476	109969	104521	80685	5524	5678	4108
N.Matos	23938	23768	23871	89150	88064	82978	3614	4026	4190
Penacova	15251	14899	14544	64563	61392	56098	2811	2521	2367
Sta. Clara	24239	24280	24207	84425	85730	94739	4725	4036	4441
S.Martinho	25078	24704	23998	67557	71133	68629	3261	3284	3845
TOTAL	154481	153001	151383	551135	538676	503942	26214	25644	25336

tudo, esta metodologia de cálculo é reproduzida noutros estudos. O indicador CRA, elaborado pelos autores, considera outros dados não contemplados no cálculo da TR, complementando a análise da referenciação e pode ser utilizado como indicador adicional para comparar com outras realidades. Neste estudo, verificámos que os valores mais baixos e mais elevados de TR e CRA registaram-se em CS de concelhos contíguos do ACES PINI. Apesar das limitações supracitadas, este dado desperta questões relacionadas com factores que influenciam o processo de referenciação. Os ACES PINI e BMI têm como referência os mesmos Hospitais da rede hospitalar com financiamento público, com índices de acessibilidade espacial semelhantes entre si e superiores à média nacional (Entidade Reguladora da Saúde, 2011). Outros factores podem determinar as diferenças nestes indicadores de referenciação. A ponderar características da população de utentes inscritos no CS, características de prática clínica do médico, tipo e características da Unidade funcional de prestação de cuidados de saúde. Neste contexto, os estudos que abordem a qualidade da referenciação são ferramentas importantes para perceber estas diferenças. À semelhança de estudos publicados por outros autores de países europeus, o conhecimento das opiniões e *feedback* dos intervenientes e das

informações partilhadas entre CSP e CSS poderá ajudar a identificar lacunas a serem melhoradas para assegurar a eficiência da referenciação (Martí, 2000), (Rosemann, 2006), (Gutiérrez, 2010).

A comparação entre os dois ACES para as médias de TR em cada ano apenas apresentou diferença estatisticamente significativa para o ano 2011. Para este ano, a comparação não incluiu o CS de Oliveira do Hospital do ACES PINI, que apresenta os valores mais baixos de TR de todos os CS em análise, em 2009 e 2010 (único CS com TR inferior a 2%). Numa análise hipotética e admitindo que a TR para este CS no ano 2011 foi semelhante aos anos anteriores, podemos prever uma diferença significativa para a TR média entre os ACES. Os valores de TR média para o ACES PINI são mais baixos do que os verificados para o ACES BMI. Esta diferença é explicada pela maior heterogeneidade entre os CS do ACES PINI, em relação aos valores deste indicador. Os resultados de TR média para cada ACES obtidos no presente estudo são inferiores à TR estimada para Portugal em 1992 (5,56%), com o ACES BMI com valores mais próximos deste registo. Ao analisar cada CS de forma individual constata-se que os valores de TR são inferiores ao valor de 10,11% determinado para um CS do Norte de Portugal, em 2003. Mesmo quando se considera a maior TR encontrada (CS

de Tábua, 2010) e a possibilidade de referenciações não incluídas pela metodologia utilizada, seria necessário mais 70% do número de referenciações em registo no quadro I para que a TR se aproxima-se dos 10%. Os autores consideram que o viés de informação não justifica esta diferença de forma isolada.

Em relação ao indicador CRA, os autores não encontraram outros trabalhos para comparar. Ao contrário do observado para a TR média, os valores obtidos de CRA são mais próximos entre os dois ACES e o ACES PINI apresenta CRA média superior para os anos 2009 e 2010. Estes resultados e diferenças entre os indicadores utilizados poderão ser explicados por incluírem diferentes variáveis. Ao analisarmos os quadros I e II verificamos que o quociente consultas/população a meio do período é superior para o ACES PINI. Esta diferença poderá ser explicada pelas características de utentes inscritos em cada ACES e a acessibilidade a cuidados de saúde. Pessoas com mais idade, em locais com rede de transportes reduzida e menor número de unidades prestadoras de cuidados, recorrem com maior frequência ao seu CS. O ACES BMI engloba o centro urbano de Coimbra e, consequentemente dispõe uma maior acessibilidade a cuidados de saúde diferenciados (entidades públicas e privadas). Os autores consideram que este facto terá maior impacto em situa-

Quadro III – Taxa de Referenciação e Cálculo de Referenciação Ajustado para cada ano

CS	TR2009 (%)	TR2010 (%)	TR2011 (%)	CRA2009 (‰)	CRA2010 (‰)	CRA2011 (‰)	ACES
Arganil	2,04	2,27	2,93	0,25	0,28	0,37	1
Góis	4,62	3,06	2,7	0,71	0,48	0,41	1
M.do Corvo	4,45	4,15	4,41	0,53	0,48	0,45	1
O.Hospital	1,54	1,48	(*)	0,18	0,17	0,16	1
P.Serra	2,85	2,88	2,66	0,44	0,47	0,41	1
Tábua	5,2	5,8	5,2	0,68	0,75	0,59	1
VN Poiares	4,19	4,85	4,86	0,6	0,69	0,67	1
Condeixa	4	4,12	4,88	0,5	0,48	0,5	2
Eiras	5,51	5,64	5,76	0,48	0,48	0,49	2
F.Magalhães	5,02	5,43	5,09	0,49	0,51	0,38	2
N.Matos	4,05	4,57	5,05	0,41	0,46	0,48	2
Penacova	4,35	4,11	4,22	0,5	0,46	0,45	2
Sta Clara	5,6	4,7	4,7	0,53	0,46	0,5	2
S.Martinho	4,83	4,62	5,6	0,36	0,36	0,44	2

(*) Insuficiência de dados para o ano 2011

ções clínicas agudas, sendo menos relevante em relação a patologia crónica.

A informação obtida é essencial para descrever o panorama geral da actividade desenvolvida na área da referência aos CSS. A análise realizada pelos autores vai permitir a comparação futura com outros contextos e é fundamental como base para outros tipos de estudos, nomeadamente estudos sobre a qualidade da referência e factores que influenciam este processo. O CRA é um indicador populacional que permite uma caracterização mais abrangente de todo este processo. Como se constatou neste estudo, a utilização isolada da TR pode não assegurar uma análise completa de determinado contexto assistencial.

Neste estudo, os resultados de TR média de cada ACES são inferiores à TR estimada para Portugal num estudo Europeu de 1992. Não se verificaram diferenças com significado na comparação da TR e CRA para os dois ambientes em consideração, com excepção para a TR média no ano 2011.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertakis KD, Callahan EJ, Azari R, Robbins JÁ. Predictors of patient referrals by primary care residents to specialty care clinics. *Fam Med* 2001; 33(3):203-9.
- BMA Health Policy and Economic Research Unit (United Kingdom). Factors capable of influencing an increase in GP referral rates to secondary care (England only). United Kingdom: British Medical Association, 2009.
- Censos 2011 – Resultados definitivos [base de dados na Internet]. Instituto Nacional de Estatística. [acesso em: 2013 Mar 12]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 1.ª série - N.º 38 - 22 de Fevereiro de 2008.
- De Sousa JM. Referência – onde muitos ralam e poucos têm razão. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:665-8.
- Entidade Reguladora da Saúde (Portugal). Relatório sobre a rede hospitalar com financiamento público – relatório preliminar. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2011.
- Flowers J, Hall P, Pencheon D. Public health indicators. *Public Health* 2005; 119(4): 239-45.
- Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions. *J Fam Pract* 2002; 51:215-222.
- Gutiérrez PC, Alegría JG, Farriols RP, Michavilla IA, Menéndez SA, Martín RB, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med clin (Barc)* 2010; 134: 505-10 – vol.134 núm 11.
- Janeiro M. Acesso aos Cuidados de Saúde Secundários numa extensão do Centro de Saúde de Serpa: 10 anos depois. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 193-207.
- Martí IB, Innamorati JC, Alcaraz JC, Galindo JP, Ribas IB. El informe de alta hospitalaria en atención primaria I: análisis de su utilidad. *Aten Primaria* 2000; 26(6): 383-8.
- National Collaborating Centre for Methods and Tools (2010). Guidelines for selecting and using indicators. Hamilton, ON: McMaster University. (Updated 29 April, 2011). Retrieved from <http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/73.html>.
- Ponte C, Moura B, Cerejo A, Braga R, Marques I, Teixeira A, et al. Referência aos cuidados de saúde secundários. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:555-68.
- Presidência do Conselho de Ministros, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (Portugal). Portaria n.º 274/2009. DR n.º 54, Série I de 2009-03-18.
- Rosemann T, Rueter G, Wensing M, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Sev Res* 2006; 19: 6-5.
- The Royal College of General Practitioners. The European study of referrals from primary to secondary care. Concerned Action Committee of Health Services Research for the European Community. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 1992 Apr;(56):1-75; 2.
- Wonca Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition.

Quadro IV – Comparação de médias de Taxa de Referência e Cálculo de Referência Ajustado para cada ano, entre os ACES (PINI - Pinhal Interior Norte I; BMI - Baixo Mondego I)

	ACES	n	Média	Dp	p	IC 95%	
TR2009 (%)	PINI	7	3,56	1,41	0,062	2,25	4,86
	BMI	7	4,77	0,66		4,16	5,37
TR2010 (%)	PINI	7	3,50	1,51	0,066	2,10	4,90
	BMI	7	4,74	0,59		4,19	5,29
TR2011 (%)	PINI(*)	6	3,79	1,16	0,026	2,58	5,01
	BMI	7	5,04	0,52		4,56	5,53
CRA2009 (‰)	PINI	7	0,48	0,21	0,836	0,30	0,68
	BMI	7	0,47	0,06		0,41	0,52
CRA2010 (‰)	PINI	7	0,47	0,21	0,847	0,28	0,66
	BMI	7	0,46	0,05		0,42	0,50
CRA2011 (‰)	PINI	7	0,44	0,16	0,695	0,29	0,59
	BMI	7	0,46	0,04		0,42	0,50

(*) Não foi calculada TR por dados incompletos de consultas de 1 Centro de Saúde

Livros



Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde

Autor: Vários Autores

Editora: Monitor

Ano: 2013

Sinopse: A presente obra, sustentada em vários textos de referência, pretende com abordagens diferentes e diferenciadas cobrir vários aspectos da Gestão da Qualidade em Unidades de Saúde.



Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos

Autor: Pedro Pita Barros

Editora: Almedina

Ano: 2013

Sinopse: De uma forma simples, a Economia da Saúde é a aplicação da análise económica ao sector da saúde. Tal implica conhecer os principais conceitos, os diferentes intervenientes e respectivas motivações, explicar e prever os seus comportamentos, a forma como se cruzam e interagem. A Economia da Saúde usa frequentemente modelos matemáticos para organizar e sistematizar a análise. Apesar dessa característica, os conceitos principais são apresentados sem necessidade de leitura das partes mais técnicas. A maioria dos aspectos fundamentais são facilmente apreendidos a um nível intuitivo, sem se prescindir do rigor inerente a um livro de texto.



Políticas e Sistemas de Saúde

Autor: António Silva Torres

Editora: Almedina

Ano: 2012

Sinopse: O manual de Políticas e Sistemas de Saúde pretende ser uma base de estudo para todos os que se interessam por estes temas e, em particular, os estudantes e profissionais das áreas de gestão e administração em saúde a quem é especialmente dedicado. Este livro não pretende ser exaustivo sobre tema tão complexo, mas tão só dotar os leitores de um instrumento que lhes permita iniciarem-se nos estudos sobre política e organização dos sistemas de saúde, desenvolvendo-se, em particular, o caso português. Para isso, conta também com uma bibliografia actualizada de modo a permitir uma consulta a fontes consideradas das mais relevantes para o fim em vista e de onde foi directamente retirada muita da informação.

Sites



About Doctors.net.uk

about.doctors.net.uk

Doctors.net.uk is the largest and most active on-line professional network for all UK doctors. Doctors are provided with a range of free secure services including an email service, clinical forums, accredited education and

medical news which helps them to keep up to date and to easily maintain their continuing professional development (CPD). Each day over 45,000 doctors make use of Doctors.net.uk to network with colleagues and view

information. Doctors.net.uk is part of the M3 Group. M3 operates in Asia, the US and Europe with more than 1 million physician doctor members globally via M3.com, MDLinx, Medigate and Doctors.net.uk.



Joint Commission Resources

www.jcrinc.com

For more than 25 years, Joint Commission Resources (JCR) has been dedicated to helping hospitals, ambulatory care facilities, laboratories, home care agencies and other health care organizations prosper by improving the quality of care and patient safety. Our passion for patient safety translates

to helping deliver practical strategies and real results. Through our variety of resources – publications, software, educational conferences and webinars, and consulting services – JCR is the single, expert resource you can count on when it comes to building and sustaining improvements.



Grupo Misericórdias Saúde

www.misericordiasportugasas.pt

O retomar da actividade das Misericórdias na área da saúde e o alargamento da sua intervenção levou o Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas a propor, em Abril de 2003, a criação do Grupo Misericórdias Saúde.

Pretendeu-se, pois, desenvolver uma estrutura de suporte, de cariz essencialmente técnico, que apoiasse as Misericórdias nos múltiplos desafios que se lhes colocam, incentivasse o *benchmarking* e promovesse o desenvolvimento

de uma identidade comum. Assim, a constituição do Grupo Misericórdias Saúde foi aprovada em Assembleia-Geral Extraordinária da União das Misericórdias Portuguesas, em 18 de Outubro de 2003, bem como o seu Regulamento.

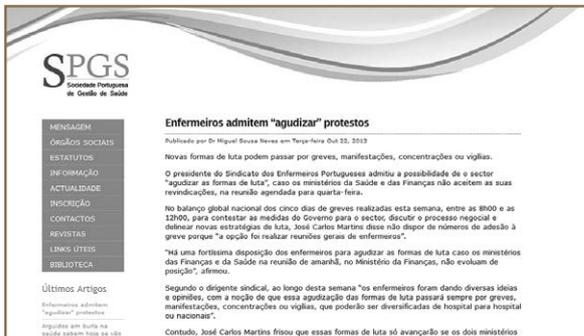
www.spgsaude.pt – “Um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos que se relacionam com a gestão da saúde em Portugal”.

É publicada diariamente informação considerada relevante que se relaciona com a gestão da saúde no nosso país. Dá destaque

às principais notícias da actualidade, sendo uma página aberta com a possibilidade de comentar e discutir os assuntos em causa. É uma página de acesso fácil, pesquisa rápida e completa, inclui revistas das edições anteriores, *links* e livros sugeridos, entre outras informações.

Aberta à participação de todos os interessados.

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde encontra-se também nas redes sociais: **www.facebook.com/spgsaude**
Adira à página e receberá toda a informação de forma rápida e actualizada.



Ficha de inscrição para Associado Efectivo*

Nome _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

E-mail _____

Observações _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

* Quota anual de 50€

www.spgsaude.pt

