

Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Março 2014 • N.º 12



Um Olhar a um Documento de Trabalho do Ministério
que Poderá Destruir a Formação Médica em Portugal **Miguel Sousa Neves**

A Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Como Factor-Chave da Mudança
nas Organizações da Saúde
Carlos Rodrigues

Internacionalização do Sector da Saúde:
Portugal no Contexto Europeu
Nuno Crespo, Ricardo Ramos, Nádía Simões

Procurar a Eficiência É um Dever de Todos
Carlota Quintal

O SNS Necessário e o SNS Possível!?
Cristina Carrondo

Gestão Integrada da Doença, Porquê?
Margarida Cortez

Sumário

4 Estatuto Editorial

5 Mensagem
Miguel Sousa Neves

6 Um Olhar a um Documento de Trabalho do Ministério que Poderá Destruir a Formação Médica em Portugal
Miguel Sousa Neves

9 Notícias

10 A Gestão Estratégica de Recursos Humanos como Factor-Chave da Mudança nas Organizações da Saúde
Carlos Rodrigues

13 O Serviço Nacional de Saúde Necessário e o Serviço Nacional de Saúde Possível!?
Cristina Carrondo

16 Internacionalização do Sector da Saúde: Portugal no Contexto Europeu
Nuno Crespo, Ricardo Ramos, Nádía Simões

20 Gestão Integrada da Doença, Porquê?
Margarida Cortez

24 Procurar a Eficiência É um Dever de Todos
Carlota Quintal

27 Anexo

32 Livros

33 Sites

34 Ficha de Inscrição de Sócio da SPGS



FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 12 • Março 2014

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

O documento de trabalho que define o regime jurídico da formação médica especializada É UM ATENTADO À GESTÃO DA SAÚDE DOS PORTUGUESES E POR CONSEQUINTE DEVE SER ARQUIVADO.

Recebi há umas semanas atrás, por via indirecta, um documento de trabalho do Ministério da Saúde que visa alterar as regras de formação médica após a saída das escolas médicas.

O documento é tão mau que imagino que só possa ter sido escrito por alguém que não é médico, não percebe nada de gestão de saúde, e provavelmente estará regaladamente instalado na cadeira de conforto de um dos muitos gabinetes do Ministério.

Se:

O *core business* da saúde é a trajectória do paciente ao longo do seu tempo de vida;

Os maiores custos suportados pelo Ministério da

Saúde têm a ver com a passagem do paciente pelas estruturas hospitalares altamente dispendiosas; Então há que pensar que o caminho a seguir terá que ser pela prevenção da doença e por formar médicos altamente qualificados nas diversas áreas para que o trajecto pelo hospital seja extremamente eficaz e eficiente com poupanças significativas na despesa e no bolso de todos os que contribuem pelos impostos para o Orçamento de Estado. Isto é evidência cientificamente comprovada por todos os estudos relevantes na área de gestão de saúde!

Pois o tal documento é um autêntico atentado à formação dos médicos e por conseguinte um projecto que, destruindo a qualidade médica, vai inexoravelmente destruir a saúde de muitos portugueses e os bolsos já depauperados de todos os cidadãos.

Em minha humilde opinião o documento deveria pura e simplesmente ser arquivado.

Um Olhar a um Documento de Traque Poderá Destruir a Formação

Miguel Sousa Neves

Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde | Pós-graduações em Direcção de Unidades de Saúde e em Gestão de Serviços de Saúde

Autor

Recebi há umas semanas atrás um documento do Ministério da Saúde que pretende ser uma REFORMA estrutural da formação médica especializada em Portugal (ver anexo – páginas 27 a 31). Presumo que não tenha sido escrito por alguém que seja médico ou que perceba alguma coisa de gestão de saúde ou até que sinta alguma preocupação pelos gastos em saúde a médio e longo prazo.

Aproveito também para informar que, se o mesmo for aceite e promulgado, a Ordem dos Médicos, os seus Colégios de Especialidade e as Sociedades Científicas Médicas Portuguesas passarão a ser redundantes e poderão fechar as portas no que concerne à formação pós-graduada dos médicos no nosso país.

No **ARTIGO 4º** – “Responsabilidade pela formação médica” – é descrito que a formação médica será da competência máxima da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP).

O **ARTIGO 5º** informa que os programas de formação passam a ser da exclusiva competência dum Conselho Coordenador do Internato Médico (CCIM) que depois não especifica o que será.

O **ARTIGO 6º** informa que a determinação de idoneidade dos estabelecimentos de formação que podem ser do SNS, sector privado ou social, são da exclusiva competência do tal CCIM e que um eventual parecer da Ordem dos Médicos e dos seus Colégios de Especialidade é meramente consultivo e sem qualquer carácter de obrigatoriedade. A Ordem deixa de ter qualquer papel activo na formação dos médicos e os seus Colégios podem fechar as portas porque o seu

parecer vai para o cesto do lixo a não ser que o mesmo esteja de acordo com o tal CCIM! Se compreendemos que em certas áreas, como por exemplo Dermatologia e Cirurgia Plástica, o número de vagas de especialidade é manifestamente escasso e muito abaixo da capacidade formativa dos estabelecimentos hospitalares, também é verdade que uma vontade inequívoca do Gabinete do ministro, em conjunto com a Ordem dos Médicos e o seu bastonário, resolveria rapidamente questões aparentemente simples como essas.

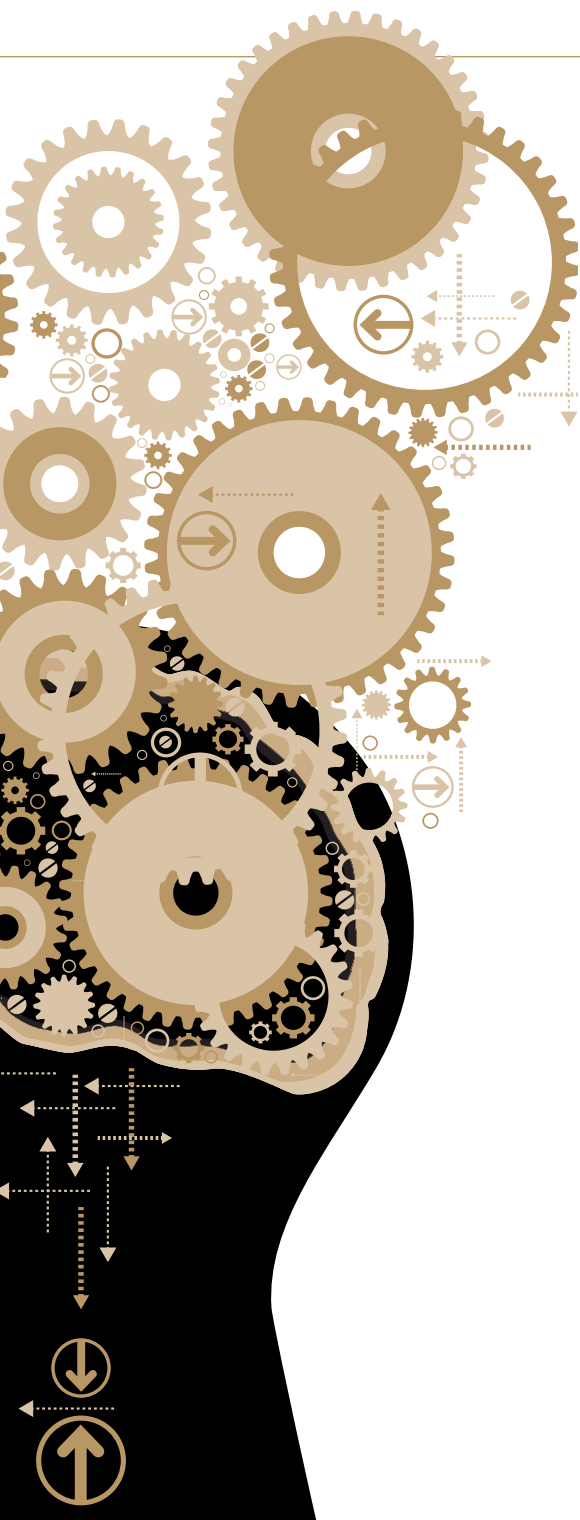
Que fique bem claro que a única entidade capaz de conceder idoneidade para formação médica é a Ordem dos Médicos através dos seus Colégios de Especialidade e com o apoio das Sociedades Médicas Científicas existentes em Portugal. Nunca poderemos aceitar, numa reforma do sistema, que um dos muitos departamentos burocráticos existentes no Ministério da Saúde e na dependência directa do ministro – que é um político que geralmente não percebe (nem tem que perceber) de formação médica especializada – tenha, por decreto-lei, competências científicas nesta matéria.

No mesmo artigo é ainda acrescentado que o Conselho Directivo da ACSS, IP terá sempre a última palavra sobre a capacidade formativa dos serviços de saúde!

O **ARTIGO 8º** declara que quem “mandará” na gestão diária do internato médico será o tal CCIM e umas DRIM (Direcção Regional de Internato Médico) que, no fundo, serão extensões dos Conselhos de Administração das ARS (Administrações Regionais de Saúde).



balho do Ministério Médica em Portugal



O **ARTIGO 10º** refere, em 1º lugar, que o número de vagas será aberto de acordo com as necessidades previsionais do Serviço Nacional de Saúde, o que constitui um absurdo se realmente estamos a falar de formação médica especializada para Portugal nas suas diversas vertentes da saúde pública, social e privada.

O Ministério da Saúde tem a obrigação ética, moral e legal de dar capacidade formativa especializada aos médicos, pois tem permitido a entrada descontrolada de milhares de alunos para as escolas médicas do país, cujas vagas são definidas politicamente por personalidades e/ou organismos com definições concretas e científicas no mínimo pouco claras.

O **ARTIGO 12º**, no que respeita a candidatura e admissão ao procedimento, refere o seguinte no ponto 2: “o médico que, tendo ingressado no internato médico, opte por se desvincular antes de concluído o respectivo programa de formação especializada, não pode candidatar-se a novo procedimento concursal de ingresso antes de decorrido um período de dois anos civis...”

O que acontece se alguém, não gostando ou não se sentindo bem na especialidade que foi forçado a escolher logo que saiu da escola médica, decide tentar outra especialidade? Espera dois anos a fazer o quê??

O **ARTIGO 14º** obriga a que os candidatos tenham uma nota mínima de 50 % na Prova de Seriação Nacional para se poderem candidatar. Não me custa aceitar uma nota mínima, especialmente por estarmos a receber muitos médicos formados no estrangeiro sem que saibamos em concreto qual o seu grau de aprendizagem médica.

No entanto, o que acontecerá às muitas centenas que ficarão de fora? Podem candidatar-se mais vezes fazendo novos exames como seria de esperar num Estado de Direito ou ficam fora do sistema e forçados a trabalhar como indiferenciados a “preço da chuva” nos locais onde o Ministério precisa de médicos? Que formação terão para assumir decisões clínicas??

O **ARTIGO 15º** refere que a colocação dos médicos terá uma classificação ponderada em que a nota de curso valerá 25 %! Um aluno que tenha entrado em Medicina na Faculdade de Medicina do Porto com nota de 19,90 e ficado com uma média final de curso de 15 valores estará necessariamente em desvantagem com um aluno que tenha entrado na Beira Interior com 18 valores e saído no fim do curso com média 18! E se o aluno estudou na República Checa poderá vir com uma nota final próxima de 20 quando nem sequer teve nota mínima para entrar em Portugal! Por mais tentativas que façam para equilibrar as notas finais entre as diversas escolas médicas, NUNCA será possível uma nota MINIMAMENTE JUSTA porque não é possível, de forma cientificamente objectiva, ter um critério honesto e transparente. A Prova de Seriação Nacional ou até a actual, “o famoso exame com base em capítulos do Harrison”, é o modo mais justo de se colocar os candidatos porque é transversal, transparente e igual para todos.

O **ARTIGO 21º** estipula, para além de um horário de trabalho de 40 horas semanais, a obrigatoriedade de um regime de exclusividade! O médico em formação

especializada, quando já tem autonomia para exercício da sua profissão não poderá trabalhar fora para além das 40 horas? Qual é a razão? Se conseguir arranjar trabalho para além do estabelecimento onde frequenta a especialidade, isso prejudica de que forma a sua formação?? Não será um meio de ganhar mais experiência e até compor um pouco o seu vencimento?

O **ARTIGO 25º** especifica o seguinte: “os médicos internos só se podem candidatar a novo procedimento concursal para mudança de área de especialização até à conclusão do programa formativo do 1º ano de internato médico, apenas sendo permitida uma única candidatura”. Este parágrafo é mau demais para ser verdade.

O **ARTIGO 29º**, após se ter verificado no início do documento que a Ordem dos Médicos e os seus Colégios de Especialidade não servirão para nada, vem dizer que a obtenção do título de especialista terá um diploma da ACSS, IP reconhecido pela Ordem dos Médicos! Este artigo aniquila por completo qualquer valor que a Ordem possa ter na formação, achincalhando a sua posição em todo o processo.

No **ARTIGO 33º** especifica-se que todo o processo de acompanhamento do internato médico, incluindo a sua avaliação, será coordenado pela ACSS, IP.

O **ARTIGO 34º** refere que se o médico, após conclusão do internato médico, não se apresentar ao(s) concurso(s) que venham a ser abertos, ficará inibido de concorrer a novo contrato com qualquer entidade integrada no SNS por um período de dois anos. Incrível como se criam regras tão rígidas e inibidoras num documento que se pretende de reforma estrutural de um processo de aprendizagem.

Que será feito do Ano Comum, que é essencial na formação prática do médico que

acaba de se formar e que não tem qualquer experiência prática do exercício da Medicina? No Reino Unido, a duração do estágio “Junior Housemanship” era, há uns anos atrás, um ano e agora dura dois anos “Foundation years” por se considerar extremamente importante o contacto com diversas especialidades e um treino básico generalizado antes do profissional de saúde estar apto a poder escolher uma especialidade.

Acho importante haver uma nota mínima para entrada na formação especializada, mas acho eticamente imoral impedir que esse mesmo profissional não possa repetir logo que possível exames e fazer nova tentativa de ingresso. As penalizações que são previstas ao longo do percurso deste documento revelam uma tentativa do legislador de eliminar uma série de médicos para depois poder trabalhar com mão-de-obra barata e indiferenciada.

Não posso aceitar que uma legislação deste tipo possa entrar em vigor a meio do percurso duma formação profissional. Após a elaboração de uma reforma da formação médica é essencial que a mesma entre em vigor pela primeira vez para os alunos que irão entrar nesse ano nas escolas médicas. E, mais importante ainda, adivinhando que não haverá lugar para todos na formação especializada por haver actualmente candidatos a mais, que o Governo sem quaisquer espécie de inibições eleitoralistas e numa atitude honesta e responsável, reduza drasticamente o número de vagas para os cursos de Medicina e elimine cursos fantasma que foram inventados fora das escolas tradicionais mas que são apenas meios encapotados para arranjar vagas para mais uns que acabam sempre por ter a formação dada nos centros já reconhecidos.

Por fim, uma última nota, em jeito de aviso:

I. Não há reformas estruturais de sucesso

sem que os seus principais activos estejam envolvidos de forma construtiva e moralizadora;

2. Se os profissionais de saúde não vestirem a camisola porque o Ministério vê nelas um embaraço ou um fardo indesejável não há reforma que resista no tempo;
3. Se a tentativa de destruição da Ordem dos Médicos e dos seus Colégios de especialidade e respectivas Sociedades Científicas parecer demasiado óbvia por documentos como este, então a equipa governativa do Ministério da Saúde estará a trilhar um caminho demasiado perigoso para a Saúde da nossa Comunidade e terá que assumir as respetivas consequências.

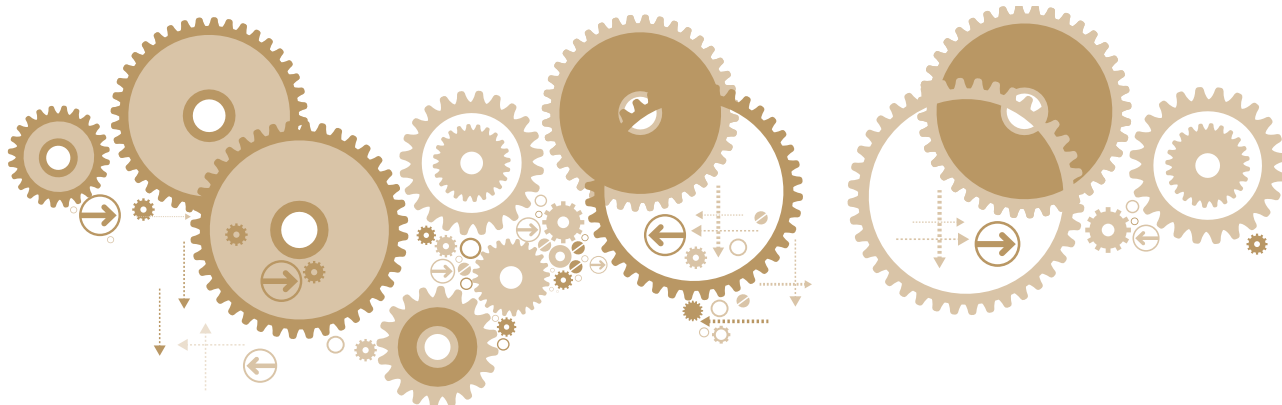
Eu sou daqueles médicos (cada vez em menor número) que vê no actual ministro da Saúde uma oportunidade para se fazer algo de BOM E DURADOURO na Saúde em Portugal.

Mas tenho a certeza que o ministro não conhece a extensão do desastre suscitado por este documento que não serve para coisa alguma.

E deixo um repto: Sr. ministro, convide o senhor bastonário da Ordem dos Médicos a apresentar uma proposta de formação especializada para os médicos em Portugal e verá que ganhou uma importante batalha para o nosso país, pois com toda a certeza irá ter médicos cada vez melhor qualificados, extremamente motivados e capazes de serem os motores de um SNS eficiente, moderno e muito menos gastador.

E deixo um repto: Sr. ministro, convide o senhor bastonário da Ordem dos Médicos a apresentar uma proposta de formação especializada para os médicos em Portugal e verá que ganhou uma importante batalha para o nosso país, pois com toda a certeza irá ter médicos cada vez melhor qualificados, extremamente motivados e capazes de serem os motores de um SNS eficiente, moderno e muito menos gastador.

PS: se esse documento de trabalho é, no mínimo, um acto de gestão de saúde, então que se demitam de imediato aqueles que o controlaram/dirigiram porque o mesmo constitui um verdadeiro atentado aos bolsos dos portugueses e, mais que tudo uma tragédia para a SAÚDE da comunidade, a médio e longo prazo.





Notícias

Dívida na Saúde Diminui, mas Ainda Cresce ao Ritmo de 34 Milhões de Euros por Mês

“O ritmo de crescimento da dívida no sector da saúde abrandou no ano passado, mas mesmo assim os pagamentos em atraso continuam a aumentar 34 milhões de euros por mês, refere o Fundo Monetário Internacional (FMI) no relatório da décima avaliação ao programa da *troika* esta quarta-feira divulgado. Em 2012 a dívida acumulou-se ao ritmo de 76 milhões de euros por mês.”

Fonte: *Público*, 20 de Fevereiro

Ministro da Saúde Garante Firmeza Contra Aumento das Taxas Moderadoras

“O ministro da Saúde garante que não vai aumentar as taxas moderadoras, ao contrário do que a *troika* pretende. Paulo Macedo defende que há outras áreas onde se pode cortar nas despesas em Saúde.

Há outras áreas onde cortar a despesa pública na parte relacionada com a fraude, com a ineficiência, com as rendas excessivas que existem na Saúde, e não aumentar as taxas moderadoras’, refere o ministro.”

Fonte: *RTP Notícias*, 19 de Fevereiro

Ministro Quer Gestão dos Tempos de Espera para Exames

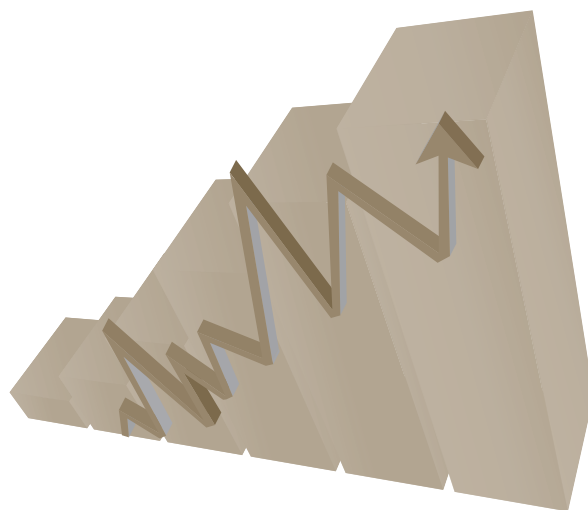
“O ministro da Saúde admite criar um sistema de controlo das esperas para exames de diagnóstico idêntico ao das cirurgias, em que doentes podem ser encaminhados para um privado caso a operação não ocorra dentro de um tempo estabelecido.”

Fonte: *Diário de Notícias*, 19 de Fevereiro, por Lusa

Seguradoras Acreditam que Há Espaço para Novos Clientes sem Mudarem a Oferta

“As seguradoras estão atentas ao que se passa em termos de políticas de saúde, tanto directamente ao nível do Serviço Nacional de Saúde como das mudanças na ADSE. Acreditam, por isso, que a opção por um seguro privado vai continuar a ser uma área de negócio capaz de atrair novos clientes. Porém, entendem que a actual oferta já é suficientemente abrangente e não se espera uma transformação de abordagem.”

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



A Gestão Estratégica de Recursos da Mudança nas Organizações

Carlos Rodrigues

Doutor em Gestão | Coordenador da Licenciatura de Gestão em Saúde da Universidade Atlântica

Autor

1. INTRODUÇÃO E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

No actual contexto de grandes restrições financeiras, o sector da saúde, tal como outros, necessitam de reformas que permitam melhorar a eficácia e a eficiência, para que não se perca a qualidade na prestação de serviços. Ora, uma reforma, como é óbvio, não se limita simplesmente a cortes orçamentais. Uma reforma pressupõe uma transformação, não bastando mudar ao nível dos artefactos, é necessário mudar nas atitudes e nos pressupostos básicos organizacionais.

Com efeito, a melhoria do funcionamento das organizações da saúde passa essencialmente pela organização e a gestão do trabalho humano, tratando-se de um factor crítico que hoje assume um enorme desafio. Já há vários anos que Drucker (1992), evocando a gestão de recursos humanos, chamou a atenção para o mais difícil desafio que os gestores têm de enfrentar nas próximas décadas, que é o do aumento da produtividade dos trabalhadores do conhecimento.

Este desafio é ainda maior quando se tratam de organizações do sector da saúde, cuja complexidade torna necessário uma forte coesão interna entre os vários profissionais, para que através do indispensável equilíbrio entre produtividade e qualidade, se promova um aumento da capacidade de resposta externa.

Este é de facto, um grande desafio para as organizações da saúde pois as práticas habituais de gestão, derivadas do modelo racionalista e burocrático confrontam-se, agora, com grandes contradições, que impedem a mudança organizacional.

O propósito deste trabalho consiste em procurar colocar em evidência a coerência ou a incoerência da orientação das políticas de modernização e reforma das organizações da saúde.

2. O SERVIÇO PÚBLICO DA SAÚDE

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o desenvolvimento das suas actividades, uma representação da acção pública foi forjada progressivamente, não apenas para servir um “interesse geral” abstracto, mas sim, com um interesse muito concreto dos destinatários dos serviços de saúde, os utentes. A Administração da saúde é inteiramente pré-estabelecida ao serviço do público e exclusivamente preocupada em dar resposta às aspirações dos cidadãos. Ao contrário de muitas organizações públicas, o serviço público da saúde não está ali para dominar, mas sim para servir.

Ao longo das últimas três décadas, o serviço público da saúde torna-se assim, em Portugal, num contributo decisivo para a coesão nacional, garantindo, de facto e na ordem simbólica, a promoção da ideologia do serviço público, através de uma função pública de carreira, constituída por um grande conjunto de profissionais. É este sistema “tendencialmente gratuito” e dotado de grandes competências técnico-científicas, que legitima as práticas profissionais e fornece um quadro axiológico coerente, que fortalece a sua identidade social e desenvolveu um grande “espírito de serviço público”.

Deste modo, durante várias décadas a cultura de serviço público da saúde consegue não só traçar uma linha de demarcação nítida entre uma gestão privada e uma gestão

pública provenientes de lógicas profundamente diferentes, mas também dotar esta última, de uma superioridade incontestável. Essa superioridade é, antes de mais, a capacidade de preservar e garantir o interesse de todos, contribuindo para a redução das desigualdades sociais, permitindo a todos, sem excepção, aceder aos serviços de saúde. O direito à saúde e as políticas de saúde que o concretizam são uma das dimensões do chamado Estado-Providência, que vai esboçar uma dinâmica de desenvolvimento das organizações da saúde que conduzem, porém, ao alargamento da esfera pública e ao grande crescimento da despesa pública. Por



Humanos como Factor-Chave da Saúde

várias razões (envelhecimento, inovação tecnológica, maior rendimento disponível e expectativas mais elevadas em cuidados de saúde) a despesa tendeu sucessivamente a crescer independentemente da conjuntura económica, levando a um agravamento do défice das

contas públicas. É claro que o problema de sustentabilidade financeira do SNS é, também, em grande medida um problema associado ao crescimento económico do País e à disponibilidade em geral de fundos públicos. Mas, não deixa de constituir, em si mesmo, simultaneamente um problema de gestão das organizações da saúde.

3. A “REFORMA” DA GESTÃO DO SERVIÇO PÚBLICO

O *New Public Management* é consensualmente reconhecido como o paradigma da nova gestão pública, responsável pelas medidas de reforma e modernização, dos últimos anos. Trata-se de uma filosofia de gestão inspirada essencialmente nas empresas privadas, procurando introduzir uma lógica de concorrên-

cia pela via de mecanismos tipo mercado e “quase-mercado” para reduzir o peso do Estado, apelando à flexibilidade do regime de trabalho e à desregulamentação.

Relativamente à reforma do sector público na área da saúde, esta é uma preocupação que está presente na agenda política da maioria dos governos europeus. Em Portugal, esse objectivo tem sido enunciado através de estratégias que visam fundamentalmente o aumento da eficiência. Porém, a introdução de mecanismos de gestão que provoquem uma maior eficiência requerem uma mudança articulada com a cultura organizacional (Mento *et al.* 2002).

Ora, sendo a cultura organizacional predominante nas organizações públicas, caracterizada por traços da cultura dita “burocrática”, esta é considerada por muitos como um obs-





táculo à mudança, servindo inclusive, como argumento de legitimação para a criação de múltiplas estruturas, muitas delas redundantes, para permitir a flexibilização da gestão pública (Rodrigues, 2011).

Uma das fórmulas possíveis que tem proporcionado às organizações, em todo o mundo, a possibilidade de procederem a mudanças das práticas de gestão e desenvolverem um processo de adaptação permanente às necessidades do meio envolvente é o da Gestão pela Qualidade Total (Lopes, 2012). Esta filosofia de gestão está intimamente associada à competitividade das organizações, à produtividade, redução de custos e melhoria do serviço prestado. Para a sua implementação é indispensável a implicação dos profissionais da saúde, particularmente no que diz respeito à motivação, à participação, ao envolvimento nos objectivos da organização, através de um compromisso claro por parte da administração ou da gestão. Este processo de adaptação permanente implica uma auscultação sistemática aos clientes/utentes, uma verificação do impacto na comunidade, bem como de medição dos critérios de eficiência económica, como a produtividade, entre outros. Mas, fundamentalmente, a mudança organizacional em ordem à qualidade depende da gestão e satisfação dos colaboradores, na medida em que o factor humano, formado e motivado, se tornou no recurso estratégico das organizações.

Contudo, para os “reformadores” a estratégia eleita para conduzir a mudança da cultura burocrática e promover o aumento da eficiência nos serviços de saúde tem vindo a concretizar-se num ataque aos “privilégios” dos profissionais e na alteração do seu tradicional estatuto de funcionários públicos.

No entanto, há que lembrar que a cultura organizacional é um factor estável, podendo ser gerida, embora, esta possa não obedecer às características de uma qualquer liderança, que não possua o indispensável crédito idiosincrático como condição para a mudança (Lopes, 2012). Por sua vez, se a cultura não for adequadamente gerida não será a alteração do estatuto que fará a mudança para a excelência, esta é, também, a opinião de

Lopes (2012) que defende não ter sido o estatuto privado que garantiu a excelência das universidades privadas nem o estatuto público que impediu as universidades públicas de serem a referência do ensino superior no nosso país.

De facto, o modelo tradicional de gestão dos serviços públicos pode ser acusado de muitos defeitos com consequências consideradas paralisantes ou mesmo nefastas, mas a verdade é que mantinha uma certa coerência entre cultura organizacional e estatuto de funcionário público. Este estatuto dos profissionais baseava-se na ideia de que a função pública não é uma profissão como as outras, o funcionário está ao serviço do interesse público e, por isso, está sujeito a um regime especial.

Na verdade, os diversos profissionais da saúde, que tanto têm contribuído para a consolidação da cultura de serviço público têm sido menos considerados nos últimos anos, estando sujeitos a uma “guerrilha anticorporativa” que lhes foi movida no actual contexto político-social, que em nada contribuiu para a melhoria da qualidade do serviço de saúde, bem pelo contrário.

Não que tenhamos de voltar atrás, por exemplo, no modelo EPE dos hospitais, pois, este garante a autonomia da gestão, separando-a da política, o que é compatível com as regras da “boa governação”. Não se trata igualmente de estimular a reivindicação de direitos adquiridos, mas de admitir que a defesa da cultura profissional é, porventura, a melhor aliada no propósito de contribuir, decididamente, para a consolidação da cultura de serviço público.

4. CONCLUSÃO

As organizações da saúde existem para desenvolver missões relativas ao interesse público, contando para isso com uma cultura organizacional de serviço público. Pode

existir sempre a possibilidade de se introduzir correcções a essa cultura, mas se se opta por atacar o estatuto dos profissionais, alienando a sua participação activa na mudança, pode estar a comprometer-se, ainda mais, o que se encontra na origem da melhoria do serviço público.

De facto, os profissionais da saúde podem estar a ser acusados daquilo que não lhes deve ser atribuído, pois, muitas das organizações públicas funcionam de modo irracional devido, fundamentalmente, não ao estatuto, mas sim ao seu sistema de governação se basear num modelo que não garante a separação da política e da gestão técnica. Esta situação, de suposta modernização, tem vindo a ter fortes consequências reductoras na eficácia organizacional e a afectar negativamente a qualidade dos serviços.

Para terminar, diremos que a nossa leitura desta problemática é a de que poderemos estar perante a irreversibilidade da emergência de uma nova cultura de serviço público, caracterizada essencialmente por um *mix* de traços, não coincidente com as características de um só modelo e que se afasta substancialmente de valores como a qualidade e a equidade.

Nesta perspectiva, também não podemos deixar de considerar que a “grande insatisfação” revelada pela esmagadora maioria dos profissionais da saúde constitui um dos factores condicionantes da evolução modernizadora dos actuais sistemas organizacionais, fundamentalmente, pela contradição presente nesses sistemas, ao pretenderem criar valor público externo, sem cuidar da coesão e integração do sistema interno.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Drucker Peter (1992) Gerindo para o futuro, Lisboa. Difusão Cultural.
2. Lopes, A. (2012) Fundamentos da Gestão das Pessoas: para uma síntese epistemológica da iniciativa da competição e da cooperação. Edições Sílabo.
3. Mento, A., Jones, R, e Dirndorfer, W. (2002) “A change management process: grounded in both theory and practice” *Jornal of Change Management*. pag. 45 –59.
4. Rodrigues, Carlos (2011) Governação das Organizações Públicas em Portugal: a emergência de modelos diferenciados, Edições Pedagogo.

O Serviço Nacional de Saúde Necessário e o Serviço Nacional de Saúde Possível!?

Cristina Carrondo

Autor

Estudante de Doutoramento de Saúde Pública | Mestre em Sociologia da Saúde | Licenciada em Cardiopneumologia



UMA REFLEXÃO...

O debate sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é complexo e difícil retratando um assunto problemático da actualidade na política de saúde.

Na última década, tem-se verificado um acentuado aumento do défice no Orçamento de Estado em relação ao SNS, relativamente a outras áreas do Estado. No ano 2009, os gastos totais na saúde ultrapassaram os 10 % do PIB. Em Novembro de 2013, foi apresentado no Parlamento o relatório do Orçamento de Estado para 2014, segundo o documento o SNS teria menos de 282 milhões de euros para funcionar, com os hospitais a levarem o maior corte,

cerca de 197 milhões, o que corresponde a um corte três vezes maior do que no ano de 2013.

Neste texto procurar-se-á descrever as principais disposições do SNS e identificar os principais problemas que actualmente se colocam. Foram examinados alguns documentos para contextualizar o tema.

Nos últimos 30 anos, o SNS desenvolveu-se de forma colossal. Financiado maioritariamente através de impostos e, em que o Estado tem um papel decisivo, o nosso serviço social de saúde é um dos melhores sistemas comparativamente com outros países desenvolvidos do mundo, porém, ainda está longe do SNS necessário.

Um dos indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade infantil, revelara a qualidade do sistema. Portugal encontra-se entre os países mais bem classificados, com uma taxa de 2,4 %, com a Finlândia à frente com 2,3 % (1). Um outro indicador é o aumento da esperança média de vida que nos aproxima dos melhores países europeus. Funcionando como seguro público, universal e obrigatório. O SNS integra todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde com características distintas, a saber: as unidades locais de saúde, os agrupamentos de centros de saúde e as instituições hospitalares. Tem como objectivo major, a protecção da saúde in-

dividual e colectiva de todos os cidadãos, estando preparado para oferecer cuidados integrados de saúde, ao nível da promoção, da prevenção e da vigilância da saúde (2).

Todavia, nas condições actuais do país, em que se fala da importância e da emergência da *sustentabilidade do SNS* é necessário que haja uma reformulação continuada da política de saúde, não esquecendo os princípios que a regem, o da universalidade (todos devem ter acesso) e da equidade (em que a qualidade do tratamento não deve depender dos recursos financeiros, mas sim da necessidade do tratamento).

As estratégias de aproximação **do necessário ao possível!!** São eminentemente políticas. De um lado, encontramos a luta pelo poder, de o outro, os “supostos” beneficiários, aqueles que lutam para aumentar e melhorar o seu “capital da saúde”.

Em oposição, existem grupos que auferem dos benefícios com as dificuldades do SNS: os sistemas de saúde do sector privado (com a construção emergente de hospitais privados), que brindam com pacotes de serviços de saúde em que o serviço público dá resposta mais limitada, a menor custo financeiro, como são o caso das listas de espera para intervenções cirúrgicas (de diferentes especialidades médicas), o tempo de espera de primeiras consultas de espe-

cialidade, a execução de exames de diagnóstico e terapêutica, entre outros. Num contexto geral, os profissionais que trabalham para o SNS também trabalham para o sector privado, os mesmos que são responsáveis por listas de espera, que quando presenteados com incentivos financeiros conseguem adelgaçar as mesmas. A concomitância no serviço de saúde de serviços públicos com serviços e entidades privadas atesta que o SNS não preste a totalidade dos cuidados de saúde (3).

Pode-se ainda identificar um outro grupo de pessoas, com níveis de rendimentos baixo – as classes mais desprovidas, que têm dificuldades de acesso aos centros de saúde (nomeadamente a população do interior do país), implicando uma recorrência excessiva às urgências hospitalares locais. Para além disso, também não têm acesso a determinados serviços de saúde, como é o caso da especialidade médica dentária (4).

Existe nitidamente estrangulamentos e limitações na oferta do serviço público do SNS desadequados às necessidades da população. Podemos apontar alguns motivos para o crescimento da despesa em saúde: a de ordem demográfica – a questão do envelhecimento não é consensual; de ordem tecnológica – com o surgimento de novas tecnologias; o aumento progressivo *per capita* de

cuidados; e, a inflação própria do sector (5). A luta política no sector da saúde envolve três dimensões, a saber: a institucional, a económica e a ideológica. Preconiza como objectivo o impedimento exagerado da despesa de saúde, como forma de garantir a sustentabilidade do SNS.

Na institucional, como espaço de exercício do poder, a gestão de organizações públicas disputa-se entre defensores e opositores. Olhemos para o caso específico das instituições hospitalares: algumas das dificuldades estão patentes, o conflito de interesses de um grupo profissional de um determinado sector, e de cada profissional individual, com as normas da instituição, de um lado, e as demandas, de outro. Em que apelam de forma consistente a participação dos profissionais de saúde nas medidas de contenção de custos e de ganhos de eficiência, sem dúvida uma mais-valia! Mas para que tal aconteça eficazmente porque não haver uma discussão transversal com os profissionais de saúde (envolvendo-os todos), sobre quais as atitudes e normas que poderão ser implementadas sem descorar a qualidade do serviço de cuidados prestados.

Na dimensão económica, segundo o modelo da produção de saúde Grossman, cada indivíduo é considerado produtor e consumidor de saúde. A saúde é tratada como





um *stock* (bem de consumo) que diminui ao longo do curso da vida, com a ausência de “investimentos” na saúde, logo é vista como um tipo de capital (de investimento), com repercussões ao nível da produtividade, dos salários e no número de doenças adquiridas (6). O grupo das classes mais providas são os que conseguem ter um maior *stock* de saúde, em que os rendimentos constituem um factor determinante na utilização de serviços privados, quanto maior o rendimento maior a propensão à escolha dos cuidados de saúde (a maior parte tem cobertura adicional por algum subsistema). Este modelo tem em conta os efeitos de alterações nos preços da assistência médica e outros bens, do mercado de trabalho e das inovações tecnológicas e terapêuticas. O actual poder económico tende assentar na produção dos cuidados de saúde, na diferenciação dos honorários entre profissionais com a mesma categoria e, a desvalorizar as condições em que os serviços são prestados (quem, como e quando tratar) pelos profissionais de saúde. Não nos podemos esquecer que um serviço só preenche os critérios de qualidade se: estiver garantido a sustentabilidade e a equidade; equitativo se for sustentável e tiver a mesma qualidade para todos os indivíduos; e, sustentável se tiver qualidade distribuída de forma equitativa (7). Na dimensão ideológica, assistimos a uma transição estrutural organizativa, o da visão

clássica da gestão hospitalar para um novo modelo de administração, o da gestão pública de empresarialização, em que a redistribuição dos poderes é consumada ao nível dos gestores e da gestão. Os princípios que a regem são meramente de evidência mercantilista: a contratualização, a auto-regulação, o financiamento e o *benchmarking*, com acentuado controlo de custos e de resultados. Este novo conceito empresarial originou a construção de novos projectos: o encerramento e/ou fusão de unidades de pequenas dimensões, a centralização de serviços, nomeadamente, laboratórios de diagnóstico e terapêutica e o encerramento de serviços de urgência, com incentivos na promoção dos serviços privados e menorização dos serviços públicos e, com o consequente desgaste da qualidade e do desempenho dos cuidados prestados. A gestão privada da empresarialização aparece como a solução de todos os problemas do serviço de saúde público, dos desequilíbrios e das assimetrias existentes. O SNS tende a adaptar-se à lógica do mercado...

O deixar de ser necessário e ser possível! A nível estrutural, deveria existir uma verdadeira articulação da rede dos cuidados de saúde: dos hospitais entre si, com os cuidados de saúde primários, com a saúde pública e uma reformulação das urgências. A nível clínico, deveria definir-se objectivos de trabalho para os profissionais

de saúde, com a definição de protocolos e de procedimentos.

BIBLIOGRAFIA:

1. Mortalidade Infantil 2010: Observatório das Desigualdades. <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=indicators&id=34>.
2. Portal da Saúde. História do Serviço Nacional de Saúde. http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/composicao+do+sns/sns2.htm#wbc_purpose=basico.
3. Baganha, M., Ribeiro, J., Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Centro de Estudos Sociais. Universidade de Coimbra.
4. Barros, P., Simões, J. (2007). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 9 (5): 1-140.
5. Miguel, J.P., Costa, C. (1997). A reforma da saúde em Portugal: à procura da eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15 (2): 5-17.
6. Phelps, Charles E. (2003). *Health Economics* (3rd ed.), Boston: Addison Wesley, ISBN032106898X Description and 2nd ed. preview.
7. Silva, M (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69.

Internacionalização do Sector da Portugal no Contexto Europeu

Nuno Crespo*, Ricardo Ramos**, Nácia Simões*

Autores

(*) Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE - IUL), Departamento de Economia da ISCTE Business School | (**) Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE - IUL)

I. INTRODUÇÃO

As restrições económicas e financeiras que Portugal tem atravessado ao longo dos últimos anos têm imposto uma forte pressão à actividade económica como um todo bem como ao sector da saúde em particular. Neste contexto de forte contracção a nível interno, a internacionalização tem sido sistematicamente

identificada como uma via privilegiada para alavancar o crescimento do sector. A relevância do sector para o desenvolvimento económico é notória em diferentes planos incluindo o contributo para a melhoria da vida activa dos indivíduos, o aumento da produtividade dos profissionais do sector e a criação directa e indirecta de emprego.

Tomando esta ideia como eixo norteador, procuramos focar duas questões essenciais: (i) qual o quadro geral das exportações portuguesas no sector da saúde?; (ii) qual a *performance* evidenciada pelas exportações nacionais, aferida através das quotas de mercado nos vários mercados de destino? A resposta a ambas as questões será procurada num contexto

Tabela I: Principais produtos das exportações portuguesas no sector da saúde

Ranking	Código NC	Valor da exportações 2011	Percentagem no total das exportações em saúde
1	30049000	439.543.600,00 €	53,07 %
2	29242998	99.667.250,00 €	12,03 %
3	90189050	51.635.180,00 €	6,23 %
4	30042000	25.905.510,00 €	3,13 %
5	90189084	24.424.440,00 €	2,95 %
6	30039000	21.693.180,00 €	2,62 %
7	29413000	21.569.180,00 €	2,60 %
8	30043900	18.047.950,00 €	2,18 %
9	29419000	9.497.860,00 €	1,15 %
10	30041000	8.443.890,00 €	1,02 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Eurostat (2012)

Nota: 30049000: Medicamentos (excepto os produtos das posições 3002, 3005 ou 3006) constituídos por produtos misturados ou não misturados, preparados para fins terapêuticos ou profiláticos, apresentados em doses ou acondicionados para venda a retalho; Outros; 29242998: Compostos de função carboxiamida; compostos de função amida do ácido carbónico; Outros; Outros; 90189050: Outros instrumentos e aparelhos; Aparelhos de transfusão; 30042000: Medicamentos (excepto os produtos das posições 3002, 3005 ou 3006) constituídos por produtos misturados ou não misturados, preparados para fins terapêuticos ou profiláticos, apresentados em doses ou acondicionados para venda a retalho; Que contenham outros antibióticos; 90189084: Instrumentos e aparelhos para medicina, cirurgia, odontologia e veterinária; Outros instrumentos e aparelhos; Outros; 30039000: Medicamentos (excepto os produtos das posições 3002, 3005 ou 3006) constituídos por produtos misturados entre si, preparados para fins terapêuticos ou profiláticos, mas não apresentados em doses nem acondicionados para venda a retalho; Outros; 29413000: Antibióticos: Tetraciclinas e seus derivados; sais destes produtos; 30043900: Medicamentos (excepto os produtos das posições 3002, 3005 ou 3006) constituídos por produtos misturados ou não misturados, preparados para fins terapêuticos ou profiláticos, apresentados em doses ou acondicionados para venda a retalho; Que contenham hormonas ou outros produtos da posição 2937, mas que não contenham antibióticos; Outros; 29419000: Antibióticos; Outros; 30041000: Medicamentos (excepto os produtos das posições 3002, 3005 ou 3006) constituídos por produtos misturados ou não misturados, preparados para fins terapêuticos profiláticos, apresentados em doses (incluindo os destinados a serem administrados por via subcutânea) ou acondicionados para venda a retalho; Que contenham penicilinas ou seus derivados, com estrutura de ácido penicilânico, ou estreptomicinas ou seus derivados.

comparativo à escala europeia de modo a posicionar Portugal nas dinâmicas internacionais no sector.

Os dados utilizados provêm da base de dados para o comércio internacional do Eurostat (Comext) e referem-se ao ano de 2011. São incluídos na análise todos os produtos classificados como produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. Em termos

de países considerados, são incluídos os 27 membros da União Europeia em 2011.

2. EVOLUÇÃO GERAL DAS EXPORTAÇÕES PORTUGUESAS NO SECTOR DA SAÚDE

Portugal regista a 18ª posição em termos de volume de exportações entre os 27 países analisados, atingindo um valor de apro-

ximadamente 828 milhões de euros, correspondendo a 0,27 % do total. No que concerne à União Europeia como um todo, é digno de nota o facto de os produtos médicos e farmacêuticos se situarem entre os produtos com maior volume de exportações bem como o facto de o sector farmacêutico ser o 5º maior sector industrial europeu, sendo caracterizado pela elevada

Tabela 2: Principais mercados de destino das exportações portuguesas no sector da saúde

2011			
Ranking	País de destino	Percentagem no total	Valor das exportações
1	Alemanha	19,29 %	159.818.690,00 €
2	E.U.A.	11,14 %	92.297.730,00 €
3	Angola	10,40 %	86.108.340,00 €
4	França	8,35 %	69.143.580,00 €
5	Reino Unido	8,18 %	67.790.580,00 €
6	Espanha	7,21 %	59.720.050,00 €
7	Japão	5,18 %	42.932.140,00 €
8	Bélgica	4,53 %	37.520.050,00 €
9	Holanda	3,74 %	30.987.470,00 €
10	Suíça	3,41 %	28.270.730,00 €
11	Itália	2,22 %	18.352.260,00 €
12	Dinamarca	1,64 %	13.547.340,00 €
13	Venezuela	1,57 %	13.019.700,00 €
14	Jordânia	1,20 %	9.925.470,00 €
15	Cabo Verde	0,87 %	7.213.740,00 €
16	China	0,80 %	6.597.720,00 €
17	Chipre	0,72 %	5.929.430,00 €
18	Arábia Saudita	0,64 %	5.303.000,00 €
19	Moçambique	0,57 %	4.759.400,00 €
20	Suécia	0,55 %	4.535.530,00 €

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Eurostat (2012)

intensidade em I&D. A Alemanha posiciona-se como o país que mais exportou no sector da saúde, sendo seguida pela Bélgica e pela Irlanda. Estes países representam 21,7 %, 14,0 % e 12,6 % respectivamente do total das exportações.

Focando a análise no caso português, importa conhecer os principais produtos e mercados de destino das exportações do sector da saúde. Relativamente à primeira questão, a Tabela 1 evidencia os 10 produtos com maior peso nas exportações nacionais (usando o Código Nomenclatura Combinada – Código NC), sendo possível verificar que os dois mais representativos correspondem, em termos conjuntos, a aproximadamente 65 % do total das exportações.

Por seu lado, a Tabela 2 documenta os 20 mais importantes mercados de destino das exportações portuguesas no sector da saúde sendo visível algum grau de diversificação geográfica dessas mesmas exportações, configurando alguma margem de segurança face a eventuais quebras na procura em alguns desses mercados.

3. QUOTAS DE MERCADO

Para além da evolução geral das exportações portuguesas no sector, importa igualmente atentar na posição competitiva dessas mesmas exportações nos mercados de destino. Fazemo-lo neste ponto mediante o recurso à avaliação das quotas de mercado das exportações portuguesas (no sector em causa) bem

como, por comparação, dos restantes países europeus já atrás considerados – Tabela 3.

Como se verifica, Portugal regista quotas de mercado bastante reduzidas em todos os restantes países europeus, sendo os mercados em que tal presença é mais significativa Espanha (0,68 %), Chipre (0,64 %), Malta (0,51 %) e Dinamarca (0,46 %). Analisando de modo global, constata-se que Alemanha, Holanda e França evidenciam as quotas de mercado mais elevadas nos restantes países em estudo. Relativamente às importações efectuadas por Portugal verifica-se que Alemanha, Espanha e França ocupam as posições cimeiras. É interessante notar que este resultado específico do sector da saúde reproduz a evidência registada a nível global

Tabela 3 – Quota de mercado das exportações do sector da Saúde, países europeus, 2011

		País											
País Importador	País	FR	HOL	ALE	IT	R.U.	IRL	DIN	GRE	PORT	ESP	BELG	LUX
		França (FR)		9,03 %	13,10 %	4,89 %	6,60 %	7,38 %	2,12 %	0,14 %	0,24 %	3,72 %	17,80 %
	Holanda (HOL)	4,81 %		12,93 %	2,54 %	7,67 %	7,27 %	0,72 %	0,22 %	0,15 %	1,73 %	4,48 %	0,00 %
	Alemanha (ALE)	6,44 %	18,25 %		3,94 %	9,11 %	3,00 %	2,30 %	0,55 %	0,28 %	2,35 %	15,20 %	0,08 %
	Itália (IT)	9,25 %	10,82 %	13,02 %		5,96 %	5,82 %	1,34 %	0,12 %	0,09 %	3,95 %	9,68 %	0,07 %
	Reino Unido (R.U.)	5,24 %	10,60 %	11,44 %	3,75 %		7,99 %	2,09 %	0,39 %	0,30 %	3,51 %	10,66 %	0,00 %
	Irlanda (IRL)	5,60 %	10,36 %	7,92 %	0,86 %	14,68 %		4,84 %	0,24 %	0,12 %	1,38 %	5,99 %	0,10 %
	Dinamarca (DIN)	5,09 %	10,28 %	16,93 %	2,33 %	6,70 %	6,40 %		1,20 %	0,46 %	1,95 %	6,10 %	0,00 %
	Grécia (GRE)	7,71 %	6,26 %	20,73 %	5,03 %	8,08 %	3,75 %	3,42 %		0,10 %	3,02 %	13,86 %	0,32 %
	Portugal (PORT)	9,69 %	8,80 %	16,48 %	6,92 %	8,95 %	7,78 %	1,72 %	0,29 %		14,10 %	8,12 %	0,35 %
	Espanha (ESP)	11,21 %	9,53 %	13,60 %	5,02 %	10,87 %	5,78 %	1,70 %	0,24 %	0,68 %		10,12 %	0,08 %
	Bélgica (BELG)	8,96 %	3,57 %	22,32 %	5,47 %	3,49 %	20,87 %	0,45 %	0,03 %	0,10 %	0,86 %		1,50 %
	Luxemburgo (LUX)	1,19 %	0,96 %	5,80 %	0,06 %	0,35 %	0,02 %	0,01 %	0,00 %	0,01 %	0,02 %	30,17 %	
	Suécia (SUE)	4,17 %	7,50 %	17,57 %	2,42 %	8,23 %	2,69 %	12,36 %	0,17 %	0,18 %	1,47 %	8,20 %	0,00 %
	Finlândia (FIN)	4,96 %	12,57 %	17,97 %	4,22 %	4,81 %	1,53 %	12,57 %	0,19 %	0,17 %	0,88 %	10,42 %	0,02 %
	Áustria (AUS)	3,55 %	5,46 %	33,51 %	3,57 %	2,27 %	1,19 %	1,03 %	0,01 %	0,04 %	2,76 %	3,95 %	0,27 %
	Malta (MAL)	6,34 %	3,72 %	7,32 %	7,35 %	20,28 %	3,30 %	1,72 %	1,54 %	0,51 %	2,23 %	6,43 %	0,02 %
	Estónia (EST)	3,25 %	8,56 %	8,59 %	0,72 %	1,28 %	1,12 %	4,25 %	0,12 %	0,00 %	0,30 %	4,82 %	0,00 %
	Letónia (LET)	2,58 %	4,59 %	11,09 %	1,99 %	0,84 %	1,20 %	2,64 %	0,12 %	0,02 %	0,25 %	7,64 %	0,24 %
	Lituânia (LIT)	8,72 %	6,12 %	15,29 %	1,33 %	2,52 %	0,57 %	1,84 %	0,05 %	0,00 %	0,42 %	8,49 %	0,00 %
	Polónia (POL)	11,86 %	8,83 %	21,05 %	2,78 %	8,34 %	2,37 %	4,18 %	0,35 %	0,10 %	2,40 %	8,23 %	0,01 %
	República Checa (R.CH.)	7,15 %	10,33 %	22,18 %	2,81 %	3,82 %	1,97 %	2,08 %	0,14 %	0,28 %	2,66 %	11,49 %	0,00 %
	Eslováquia (ESLVQ)	9,87 %	10,90 %	15,29 %	0,85 %	2,30 %	1,03 %	2,00 %	0,02 %	0,06 %	0,49 %	4,71 %	0,00 %
	Hungria (HUNG)	13,53 %	7,09 %	12,37 %	3,77 %	6,85 %	1,70 %	2,05 %	0,29 %	0,25 %	1,37 %	15,11 %	0,00 %
	Roménia (ROM)	8,15 %	7,37 %	15,03 %	3,43 %	3,84 %	2,19 %	2,58 %	0,50 %	0,11 %	0,52 %	6,96 %	0,01 %
	Bulgária (BULG)	7,46 %	5,82 %	14,49 %	2,59 %	4,26 %	1,70 %	2,22 %	0,66 %	0,02 %	1,21 %	4,87 %	0,00 %
	Eslovénia (ESLVN)	3,56 %	8,10 %	20,25 %	6,17 %	3,89 %	1,78 %	2,12 %	0,17 %	0,08 %	0,87 %	8,33 %	0,11 %
	Chipre (CHIP)	5,05 %	10,79 %	10,68 %	4,02 %	6,77 %	1,61 %	1,63 %	26,49 %	0,64 %	3,67 %	4,34 %	0,00 %

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Eurostat (2012)

na medida em que esses são exactamente os três países de que Portugal mais importa em termos agregados.

4. OBSERVAÇÕES FINAIS

Perante constrangimentos económicos de todos conhecidos, a internacionalização do sector da saúde posiciona-se como uma das vias possíveis de dinamização do sector. A evidência abordada neste artigo deixa perceber que esse caminho pode ser trilhado com sucesso mas deixa igualmente claro que estamos ainda longe de esgotar o potencial de crescimento do comércio português de produtos relacionados com o sector da saúde. A importância deste caminho decorre não apenas de imperativos

de natureza económica mas também da necessidade, numa perspectiva de sustentabilidade, de reforçar internacionalmente a imagem de Portugal e dos seus produtos do sector da saúde.

Num sector extremamente competitivo a nível mundial, Portugal evidencia dinâmicas positivas embora enfrente também novos focos de concorrência incluindo, por exemplo, os países de leste que aderiram à União Europeia ao longo dos últimos anos. O sucesso continuado requer portanto uma acção concertada e geradora de sinergias por parte dos diferentes actores relevantes no sector, incluindo, naturalmente, empresas, Pharma-Portugal, Health Cluster Portugal, Universidades, AICEP, Infarmed, entre outros.



Exportador														
SUE	FIN	AUS	MAL	EST	LET	LIT	POL	R.CH.	ESLVQ	HUNG	ROM	BULG	ESLVN	CHIP
2,14 %	0,29 %	0,79 %	0,07 %	0,00 %	0,00 %	0,04 %	0,72 %	0,14 %	0,02 %	0,74 %	0,12 %	0,01 %	0,09 %	0,01 %
0,69 %	0,17 %	0,15 %	0,04 %	0,02 %	0,00 %	0,01 %	0,04 %	0,09 %	0,04 %	0,23 %	0,06 %	0,02 %	0,08 %	0,03 %
2,12 %	0,28 %	2,20 %	0,06 %	0,04 %	0,03 %	0,12 %	1,06 %	0,56 %	0,15 %	0,61 %	0,42 %	0,13 %	0,30 %	0,08 %
1,61 %	0,11 %	0,85 %	0,12 %	0,00 %	0,00 %	0,02 %	0,66 %	0,29 %	0,02 %	0,29 %	0,12 %	0,51 %	0,25 %	0,01 %
2,23 %	0,38 %	0,53 %	0,20 %	0,00 %	0,01 %	0,12 %	0,60 %	0,14 %	0,03 %	0,31 %	0,28 %	0,01 %	0,10 %	0,05 %
0,54 %	0,09 %	0,48 %	0,05 %	0,00 %	0,00 %	0,02 %	0,13 %	0,04 %	0,00 %	0,05 %	0,02 %	0,01 %	0,05 %	0,00 %
7,71 %	0,53 %	0,78 %	0,12 %	0,35 %	0,03 %	0,23 %	2,61 %	0,83 %	0,01 %	1,06 %	1,24 %	0,49 %	0,03 %	0,62 %
2,29 %	0,09 %	0,93 %	0,35 %	0,00 %	0,00 %	0,14 %	0,33 %	0,04 %	0,08 %	0,29 %	0,18 %	0,12 %	0,09 %	4,20 %
1,37 %	0,10 %	0,68 %	0,36 %	0,00 %	0,00 %	0,13 %	0,58 %	0,11 %	0,01 %	0,38 %	0,02 %	0,02 %	0,36 %	0,03 %
1,78 %	0,13 %	0,61 %	0,25 %	0,00 %	0,00 %	0,04 %	0,52 %	0,14 %	0,05 %	0,21 %	0,14 %	0,03 %	0,08 %	0,00 %
1,60 %	0,29 %	0,98 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,10 %	0,37 %	0,11 %	0,10 %	0,01 %	0,02 %	0,04 %	0,02 %
0,01 %	0,00 %	0,02 %	0,00 %	0,09 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,69 %
	1,78 %	2,60 %	0,14 %	0,04 %	0,01 %	0,04 %	0,19 %	0,17 %	0,02 %	0,16 %	0,02 %	0,06 %	0,06 %	0,01 %
14,73 %		0,74 %	0,12 %	0,33 %	0,01 %	0,04 %	0,19 %	0,07 %	0,04 %	0,19 %	0,00 %	0,10 %	0,12 %	0,00 %
1,01 %	0,23 %		0,06 %	0,04 %	0,00 %	0,00 %	0,21 %	0,98 %	0,07 %	0,09 %	0,02 %	0,02 %	0,22 %	0,02 %
0,24 %	0,16 %	1,40 %		0,01 %	0,00 %	0,00 %	0,78 %	0,03 %	0,00 %	0,04 %	0,05 %	0,20 %	0,00 %	1,21 %
6,47 %	5,37 %	3,26 %	0,04 %		16,25 %	16,60 %	9,15 %	0,50 %	0,07 %	1,19 %	0,00 %	0,04 %	3,39 %	0,17 %
2,98 %	0,91 %	3,03 %	0,01 %	4,18 %		15,27 %	6,64 %	0,55 %	0,99 %	4,01 %	0,26 %	1,30 %	2,23 %	0,53 %
3,49 %	0,91 %	2,26 %	0,16 %	1,91 %	11,63 %		8,54 %	3,64 %	1,10 %	8,19 %	0,29 %	0,44 %	4,10 %	0,52 %
0,46 %	0,23 %	2,57 %	0,42 %	0,02 %	0,02 %	0,07 %		0,62 %	1,15 %	4,99 %	0,32 %	0,28 %	1,61 %	0,10 %
0,33 %	0,52 %	5,03 %	0,27 %	0,00 %	0,01 %	0,06 %	2,24 %		4,42 %	5,02 %	0,10 %	0,14 %	2,70 %	0,19 %
0,49 %	0,15 %	6,09 %	0,17 %	0,00 %	0,00 %	0,04 %	1,58 %	21,00 %		7,07 %	0,44 %	0,09 %	1,89 %	0,40 %
4,69 %	0,23 %	3,43 %	0,20 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	1,46 %	0,87 %	0,33 %		0,43 %	0,16 %	2,69 %	0,08 %
0,17 %	0,09 %	5,29 %	0,49 %	0,00 %	0,00 %	0,10 %	1,17 %	0,94 %	0,35 %	17,66 %		1,70 %	3,30 %	0,56 %
0,27 %	0,19 %	5,33 %	1,26 %	0,00 %	0,05 %	0,06 %	3,11 %	2,14 %	0,79 %	14,31 %	4,44 %		4,19 %	0,74 %
0,55 %	0,32 %	8,53 %	0,14 %	0,02 %	0,00 %	0,12 %	2,08 %	0,33 %	0,08 %	7,42 %	0,13 %	0,04 %		0,02 %
2,00 %	0,07 %	0,90 %	0,27 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,06 %	0,19 %	0,10 %	0,05 %	0,00 %	0,01 %	0,02 %	

Gestão Integrada da Doença, Porquê?

Margarida Cortez
ENSP/UNL-PDSP

Autor

RESUMO

Este artigo pretende fazer uma revisão sistemática daquilo que hoje é o estado da arte em Gestão Integrada da Doença (GID). Desde a sua definição passando pelas vantagens económicas e de qualidade clínica com enfoque no doente e no *continuum* da prestação de cuidados ao longo do curso da doença crónica. Para isso foi realizada uma revisão crítica da literatura em que se deu particular destaque às variáveis de resultado clínico e de custo-efectividade.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em várias bases de dados (*PubMed*; *Embase* e *Cochrane Library*) e avaliada independentemente. Os artigos selecionados foram avaliados quanto ao tipo de estudo, perspectiva adoptada, modelo de intervenção, variáveis clínicas ou de custo-efectividade utilizadas e a qualidade foi avaliada de acordo com as recomendações. O objectivo foi avaliar taxas de reinternamento, desempenho clínico e parâmetros de custo-efectividade.

INTRODUÇÃO

A carga de doença e mortes associadas à doença crónica na Europa^{1,2} (2005) foram as seguintes: doença cardiovascular – DCV 23 % e causa 52 % da mortalidade; doenças neuropsiquiátricas 20 % e causam 3 % da mortalidade; cancro 17 % e 19 % respectivamente; doença digestiva 7 % e 4 %; doença respiratória 6,8 % e 4 %; a diabetes 2,3 % e 2 %. A carga de doença crónica, prevê-se que venha a aumentar com o envelhecimento, urbanização e globaliza-

ção dos factores de risco, associado a que algumas doenças como HIV/SIDA se poderão considerar actualmente como doenças crónicas.

A doença crónica e os seus factores de risco têm impacto no PIB de um país que vai de 0,02 % até (European observatory on Health systems and policies) 6,77 %. Em certas doenças como a DCV por exemplo cada aumento de 1 % na mortalidade implica uma diminuição de crescimento de 0,1 % do PIB nos próximos cinco anos.

Os pressupostos de Gestão Integrada da Doença envolvem o significado de manter autonomia, na medida em que esta seja possível, num contexto de doença e incapacidade. Na idade pediátrica pode envolver a abordagem de crianças com doença crónica, com ou sem co-morbilidades, aliadas a estratégias preventivas que passam pela imunização, melhoria do estado nutricional, entre outras relacionadas com promoção de estilos de vida saudáveis. No envelhecimento e na doença crónica do adulto as estratégias de GID, requerem uma estreita articulação que tenha um enfoque no paradigma de envelhecimento activo.

O objectivo da GID é introduzir racionalidade tanto na prestação como na utilização dos serviços de saúde, reforçando nos cuidados de saúde primários, promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção da doença, associado a uma estreita articulação com os cuidados especializados por Doença.

Da aplicação das Normas de Orientação Clínica (NOC), registo de saúde electrónico e com equipas que trabalham em estreita articulação entre os cuidados de saúde

primários, secundários e terciários de uma forma integrada, coordenada inter e multidisciplinar com enfoque na prevenção, cuidados de proximidade e continuados e racionalização na utilização dos cuidados especializados por doença. O resultado



será uma gestão efectiva por doença, no caso da doença crónica que coordena toda a abordagem compreensiva ao longo do continuum da doença, atravessando todo o sistema de prestação de cuidados de saúde. Diversos estudos têm demonstrado dimi-

nuição de custos relacionados com a diminuição do internamento e reinternamento hospitalar pela mesma doença, com a diminuição do internamento e reinternamento hospitalar por qualquer doença, associados a melhoria de scores clínicos por doença.

Estes bons resultados económicos e clínicos parecem ser tanto mais evidentes quanto mais grave é a doença e quanto maior é o número de exacerbações.

A readequação dos sistemas de prestação de saúde acompanha a GID, com redes bem estruturadas de prestação de cuidados, registo dos doentes em sistemas de melhoria de qualidade, transferência inter-hospitais de doentes, suporte de telemedicina quando se justificar. Ou como refere Porter, redesenhar o sistema de saúde para atingir menos carga de doença no futuro.

DEFINIÇÃO DE GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA

Há várias definições de GID, mas tipicamente refere-se à convergência de esforços multidisciplinares, que tem como objectivo melhorar tanto a qualidade como a custo-efectividade dos cuidados de saúde prestados em doentes portadores de doença crónica.

Há uma definição da DMAA³ (Disease Management Association of America) – tabelas 1-3.

VANTAGENS DA GID

As vantagens de GID são por um lado a nível da governança, por permitir a coordenação estratégica tanto a nível operacional como de resultados clínicos e de custo-efectividade. Permite melhorar a eficiência técnica, particularmente em sede de recursos escassos. O planeamento estratégico e coordenado, monitorização e reporte de resultados pode trazer uma eficiência alocativa de recursos ao ter-se em conta a custo-efectividade dos serviços prestados.



A coordenação financeira pode melhorar a eficiência técnica ao agregar os custos dos diferentes sectores e reiterar a eficiência alocativa dos diferentes programas. A nível das unidades prestadoras a eficiência técnica e a custo-efectividade de GID também se fazem sentir. Ao nível do doente a GID permite ter acesso a serviços que são um *continuum* associado à evolução da sua doença crónica, melhor referenciação e menos custos associados à sua doença associados a menor número de exacerbações e menos internamentos.

INDICADORES DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Foram considerados os internamentos e reinternamentos hospitalares, desempenho clínico e parâmetros de custo-efectividade.

ANÁLISE DA GID – REVISÃO DA LITERATURA

Na Bélgica⁴, um trabalho identifica qual o custo das readmissões ao fim de um mês e três meses pelo mesmo diagnóstico. Assim, foi de 3.495,58 euros para as readmissões ao fim de um mês e de 3.572,20 para as readmissões ao fim de três meses. O cálculo da sobrecarga financeira final é de 280.091.471,00 euros. Foi identificada ainda uma grande variabilidade de readmissões entre hospitais (1,17 % – 6,40 %). Se todos os hospitais se nivelassem pelo percentil 75 (i.e.: 2,4 %) os custos que seriam evitados atingem os 14.118.509,00 euros.

No Canadá⁵, o desenvolvimento de GID esteve associado à diminuição dos reinternamentos em doentes de alto risco ($p < 0,001$) e melhoria dos indicadores de saúde (no caso

da Diabetes foi avaliada HbA1c e outros parâmetros como o col-HDL ($p < 0,001$)).

Numa revisão da *Cochrane*⁶ para a doença respiratória, em que se comparam resultados no modelo GID em comparação com o grupo em que não há esta abordagem para a DPOC, verificou-se haver melhoria clínica, estatisticamente significativa em muitos dos domínios avaliados, diminuição no número de internamentos e dos dias de hospitalização.

Num estudo que avalia a custo-efectividade no AVC⁷ entre GID com um *continuum* de integração de cuidados para o AVC, e abordagem convencional na Holanda, foram comparados os custos totais por doente e dias ajustados de saúde total medidos pelo EuroQol-5D. A média dos custos totais por doente foi de 13.160,00 euros em

Tabela 1 – Definição de GID³ (adaptado de DMAA)

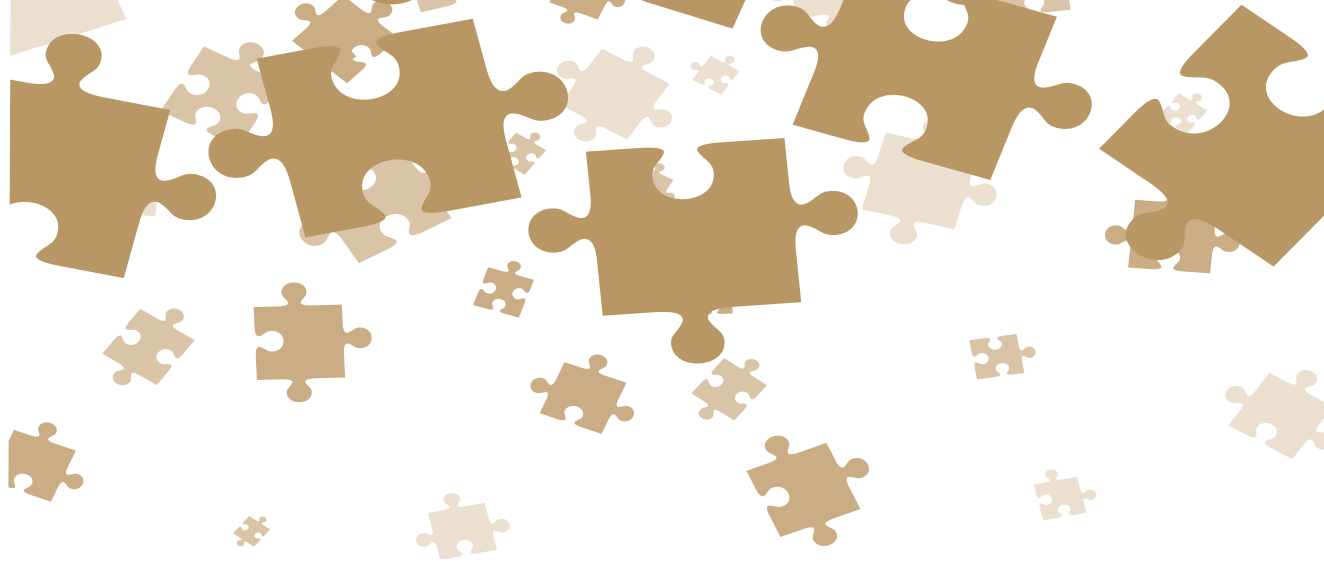
DMAA – Definição de GID Sistema de intervenções coordenadas nos cuidados de saúde
GID: dá suporte à relação médico/doente na definição do seu plano de saúde
GID: enfatiza a prevenção das exacerbações e complicações
GID: avalia os resultados clínicos e de custo-efectividade, com o objectivo de melhorar a saúde no seu todo

Tabela 2 – Componentes de GID³ (adaptado de DMAA)

Componentes de GID (Deve incluir todos os seguintes componentes para ser GID; senão serão só serviços de suporte a GID)
Processo de rastreio dos doentes através do médico de família
Implementação das normas de orientação clínica
Cooperação dos serviços clínicos entre si com os cuidados de saúde primários e cuidados na comunidade
Educação do doente e da comunidade para a saúde
Medidas de processo e de resultados, avaliação e gestão
Resposta e reporte de retorno por rotina

Tabela 3 – GID³ – Definição alternativa (adaptado de DMAA)

GID – Definição alternativa
GID: Identificar e monitorizar de forma pró-activa as populações de alto risco
GID: Ajudar a interacção entre médicos e doentes para que se cumpram planos de saúde
GID: Promover a coordenação dos prestadores
GID: Promover a educação para a saúde
GID: Actuar de forma pró-activa nas complicações evitáveis da doença



Delft, com diminuição de 2.500 euros por doente no grupo com integração de cuidados, e melhor *score* de saúde global nos parâmetros avaliados.

Para a doença cardiovascular⁸ a abordagem envolve a incorporação multinível, multi-componente e a nível da comunidade, integrando os recursos existentes na região com estratégias de saúde pública e cuidados médicos, com diferentes níveis de diferenciação. Muitas medidas a nível da sociedade como a redução do sódio da dieta, controlo antitabágico, redução dos ácidos gordos trans e outras medidas podem ser complementares da GID. Só a incorporação multifarmacológica adequada a cada estágio de DCV, na GID pode implicar uma diminuição de 17,9 milhões de mortes por DCV num período de 10 anos (estudo em 23 países) sendo que 56 % destas, estão na faixa etária menor que 70 anos. O custo total seria de 47 mil milhões USD, com custo *per capita* de 1.080,00 USD. Só esta medida poderia atingir cerca 3/4 da redução anual de 2 % de mortalidade global por DCV.

No caso do cancro, implica uma intervenção multinível que começa no rastreio da doença, consulta com médico de família em articulação com cuidados secundários e terciários, assim como cuidados na comunidade e continuados tal como o ensino do doente e família. Tem papel importante a vacinação para o HPV (vacina do papiloma vírus humano), mamografia de rastreio no cancro da mama, colonoscopia no cancro colo-rectal, citologia cérvico vaginal entre outras.

Na avaliação de GID no cancro nos EUA⁹ os centros de saúde qualificados federais articulam-se com outras unidades prestadoras de saúde no sentido de prestarem cuidados de saúde compreensivos e preventivos. As preocupações são a cessação tabágica,

screening do cancro da mama, colo do útero e colo-rectal, associado a outras medidas de controlo dos factores de risco. Apoia-se ainda num trabalho de equipa centrado na doença associado a implementação do registo de saúde electrónico.

No HIV/SIDA¹⁰ em co-infecção, num estudo em África verificou-se que a integração de abordagens com intervenção na comunidade a vários níveis podia aportar uma diminuição de custos de cerca de 725 - 1.000 USD por indivíduo.

CONCLUSÃO

A doença crónica dada a sua elevada prevalência na sociedade actual, e a sua apresentação ser muito frequentemente associada a outras doenças, vem levantar a questão de quais são as estratégias mais adequadas e mais custo-efectivas para a sua abordagem. A GID envolve uma vertente preventiva de educação para a saúde associada a uma estreita articulação entre os cuidados de saúde primários, os centros de prestação de cuidados médicos mais diferenciados a nível nacional e os centros de apoio na comunidade.

BIBLIOGRAFIA:

1. Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. European observatory on Health systems and policies, 2010.
2. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Alma-Ata: Rebirth and Revision 3 Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 940-49.
3. Faxon D, Schwamm L, Pasternak R, Peterson E, McNeil B, Bufalino V et al. Improving quality of care through disease management: principles and recommenda-

tions from the American heart association's expert panel on disease management. *Circulation*. 2004; 109:2651-2654.

4. Trybou J, Spaepen E, Vermeulen B, Porrez L, Annemans L. Costs associated with readmissions in Belgian acute-care hospitals. *Acta Clin Belg*. 2013; 68(4):263-7.

5. Morrin L, Britten J, Davachi S, Knight H. Alberta Healthy living program- A model for successful integration of chronic disease management services. *Can J Diabetes*. 2013; 37:254-259.

6. Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, Gusekloo J, Boland MR, Rutten-van Mölken M, Chavannes NH. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 10; 10:CD009437. doi: 10.1002/14651858.CD009437.pub2.

7. Van Exel N, Koopmanschap M, Reimer S, Niessen L, Huijsman R. Q Cost-effectiveness of integrated stroke services. *Q J Med* 2005; 98:415-425.

8. Lim S, Gaziano T, Gakidou E, Reddy K, Farzadfar F, Lozano R, et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *Lancet* 2007; 370: 2054-62.

9. Allen C, Harris J, Hannon P, Parrish A, Hammerback K, Craft J, Gray B. Opportunities for improving cancer prevention at federally qualified health centres. *J Canc Educ*. 2013. DOI 10.1007/s13187-013-0535-4.

10. Ndeffo M, Mbaha M, Kjetland E, Atkina K, Poolman E, Orenstein E, et al. Cost-effectiveness of a community-based intervention for reducing the transmission of *Schistosoma haematobium* and HIV in Africa. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1221396110.

Procurar a Eficiência É um Dever de Todos

Carloa Quintal
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Autor

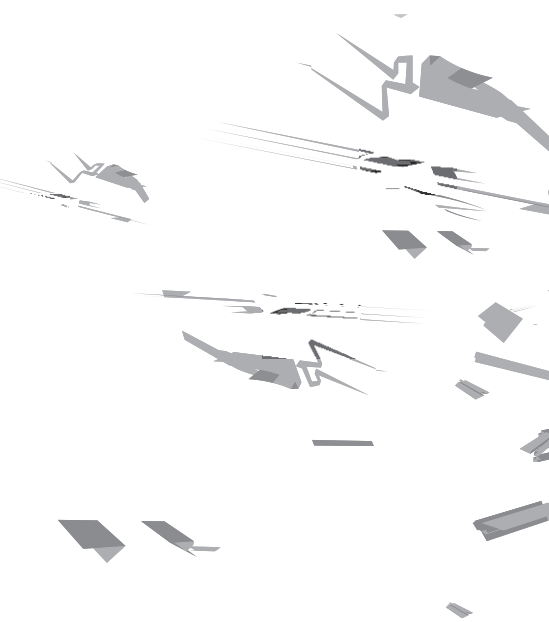
Não serão muitos os aspectos no sector da saúde em que todos concordam. Mas poucos discordarão quanto à necessidade de reduzir desperdícios e procurar a eficiência na afectação de recursos. Num contexto de escassez, o desperdício é mesmo antiético pelo facto de se utilizar desnecessariamente recursos que serão negados a alguém que deles precisa. O conceito de eficiência tem contudo diferentes significados e torna-se fundamental identificá-los e percebê-los antes de formular e executar medidas que procurem combater o desperdício.

Um primeiro nível de eficiência, denominada eficiência tecnológica, prende-se com os processos produtivos, relacionando quantidades de factores de produção ou *inputs* com quantidades de produto ou *output*. O produto poderá ser medido em termos da quantidade de cuidados de saúde prestados (interpretados como um produto intermédio para obter o produto final que é a saúde). Os factores de produção constituem tudo o que se utiliza na produção desses cuidados de saúde, desde as horas de trabalho (de vários tipos), bens de equipamento até às matérias de consumo como medicamentos e energia eléctrica. Ser eficiente do ponto de vista tecnológico implica usar a quantidade mínima de recursos possível para produzir uma dada quantidade de produto.

Uma segunda noção, a de eficiência de custos, implica minimizar os custos para produzir uma dada quantidade de produto. Para tal, não só a quantidade de recursos dever ser a mínima possível como também devem ser utilizados os factores de pro-

dução com menor custo. Assim, havendo substituíbilidade entre factores de produção, os recursos mais onerosos devem ser substituídos por outros com menor custo. A substituíbilidade requer contudo que a quantidade e qualidade do produto se mantenham constantes aquando da substituição dos factores.

Para melhor compreender a distinção entre estes dois conceitos vejamos alguns exemplos. A utilização excessiva do serviço de urgência hospitalar acarreta problemas de ineficiência tecnológica e de custos. Num dos seus relatórios, o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar afirma “Não apenas é óbvia a utilização dos Serviços Públicos, como também existe desperdício pelo facto de serem pagos atendimentos a preço de ‘urgência verdadeira’ (quando deveria ser de consulta, desejavelmente noutra local com menor complexidade de resposta e daí encargos, existe incentivo ao consumo exagerado de meios complementares de diagnóstico (que, se facilmente disponíveis irão ser frequentemente utilizados, mesmo em situações menos urgentes)”. Por um lado, o fácil acesso a meios de diagnóstico propicia o seu uso excessivo, isto é, conduz a uma utilização de recursos para além da quantidade mínima necessária (ineficiência tecnológica). Por outro lado, são utilizados recursos mais onerosos, sem justificação clínica, os quais poderiam ser substituídos por cuidados primários com menor custo, verificando-se assim uma situação de ineficiência de custos. Ainda focando nos hospitais, outro exemplo diz respeito à demora média dos internamentos. Nuns casos, o



internamento poderia ser encurtado havendo portanto uma utilização injustificada de recursos (logo, ineficiência tecnológica), noutros, o internamento é necessário mas estão ser utilizados recursos mais onerosos (internamento hospitalar) que poderiam ser substituídos por recursos com menor custo (internamento em unidades de cuidados continuados ou eventualmente apoios ao domicílio).

Nestes exemplos, o combate ao desperdício associado à ineficiência tecnológica passa so-



bretudo pela actuação dos decisores ao nível hospitalar. No serviço de urgência, o uso dos meios complementares de diagnóstico deve ser moderado e, no internamento, o planeamento de cuidados e data de alta nas primeiras 48 horas de admissão bem como a ponderação do internamento electivo nas vésperas de dias não úteis são medidas internas que poderão reduzir a demora média. No caso da ineficiência de custos, a resolução do problema passa por uma integração de cuidados e maior articulação entre cui-

dados hospitalares, por um lado, e cuidados primários e continuados, por outro. Mas nesta última situação decisores a um nível superior terão também um papel importante em termos de criar capacidade de oferta nos cuidados primários e continuados.

Poderíamos elencar muitos outros exemplos como o consumo excessivo de medicamentos em geral (ineficiência tecnológica) e, havendo necessidade de medicação, a não substituição de medicamentos de marca por genéricos (ineficiência de cus-

tos); ou como a não delegação de tarefas entre profissionais de saúde a qual resulta em ineficiência de custos. A este respeito, o caso mais discutido na literatura é a substituição entre médicos e enfermeiros mas há outros, por exemplo, a substituição entre enfermeiros e técnicos de ambulância de emergência. É claro que, conforme foi referido anteriormente, para que exista um efectivo aumento de eficiência com a substituição entre factores, a quantidade e qualidade do produto têm de ser mantidas.

Algumas das reservas colocadas à substituição entre factores poderão estar associadas à defesa de interesses de classe mas outras representarão com certeza dúvidas legítimas sobre a hipótese de manutenção da qualidade dos cuidados.

Em cada caso, quer se trate do sistema de saúde no seu todo, numa organização ou de um serviço dentro de uma organização, há que identificar gastos excessivos e precisar a sua natureza, isto é, se se trata sobretudo de um problema de quantidades de factores ou de preços de factores. Feito o diagnóstico, há que actuar em conformidade e neste cenário surgem dois agentes de decisão fundamentais: o médico (aqui entendido como profissional de saúde com poder de prescrição) e o gestor. Estes agentes inserem-se na dupla linha de autoridade muito característica das organizações de saúde sendo frequentes referências a conflitos entre os interesses que subjazem a cada uma das hierarquias. Por um lado, os profissionais de saúde centrados em questões técnico-profissionais de natureza ética e deontológica, por outro, os administradores focados na sustentabilidade financeira e na eficiente afectação de recursos. Efectivamente, o fim último das organizações de saúde que é o de contribuir positivamente para a saúde dos indivíduos e das populações (aumentando-a ou evitando a sua deterioração) será tanto melhor alcançado quanto maior for a cooperação entre estes dois agentes. A acção do médico enquanto prescriptor é preponderante no combate ao desperdício na vertente das quantidades; por seu lado, o gestor possui margem para intervir ao nível dos preços procurando as condições mais vantajosas. Mas nem o médico deve ignorar os custos de oportunidade das suas decisões (o que se deixa de auferir por optar por uma determinada afectação de recursos), nomeadamente sobre a entrada de novos medicamentos, nem o gestor deve dispensar a opinião do médico nas suas decisões, nomeadamente sobre a aquisição de consumíveis e equipamentos médicos. Um outro aspecto normalmente associado à eficiência é o modo de pagamento aos prestadores de cuidados de saúde. A ciência económica olha para os indivíduos como agentes racionais que reagem

a incentivos. Assim, uma das formas de incentivar a procura de eficiência é através do modo de pagamento. Um primeiro aspecto a evitar é o subfinanciamento dos prestadores e indevido ajustamento ao risco dos seus utilizadores sob pena de tal procedimento os desresponsabilizar. O modo de pagamento seleccionado terá de ser credível, sendo o risco indissociável do incentivo à eficiência. Como contrapartida do risco, quem gere melhor gastando menos deve ter a possibilidade de apropriar-se de um excedente (ao invés de ver os seus orçamentos futuros reduzidos). Caso contrário tenderá a surgir um nivelamento por baixo.

É também fundamental implementar mecanismos de contratualização interna que transponham os compromissos assumidos externamente para o interior das organizações, desagregando-os pelos diferentes níveis de gestão. A contratualização interna constitui uma excelente oportunidade para obter uma maior colaboração dos médicos, com objectivos definidos. Neste processo podem e devem ser ponderadas as quantidades de factores mínimas necessárias para alcançar esses objectivos, sendo indispensável a intervenção do médico nesta fase. Mas enquadra-se neste contexto ainda a reflexão sobre a combinação de factores mais favorável, devendo identificar-se todas as possibilidades de substituição entre factores mais onerosos por factores de menor custo e nesta tarefa a colaboração entre médico e gestor é crucial.

Há também que ter em conta as especificidades e complexidade do sector da saúde. Os objectivos de eficiência dificilmente serão alcançados intervindo apenas no lado da oferta. Há um grande trabalho a fazer junto da população no sentido da sua sensibilização para os custos. A propósito dos exemplos mencionados acima, o recurso excessivo ao serviço de urgência hospitalar pela população será em parte justificado precisamente pela acessibilidade dos meios de diagnóstico e a expectativa de os usar. Além da eficiência tecnológica e de custos existem dois outros conceitos com uma maior abrangência do que os anteriores e por esse facto afectando decisões ao nível da administração central. A noção de eficiência económica relaciona-se com a es-

cala óptima de produção, isto é, com a dimensão dos prestadores de cuidados para a qual o custo médio (de longo prazo) é mínimo. Esta discussão remete-nos para a concentração de serviços ou organizações, como a criação dos centros hospitalares. A concentração de serviços aumentará a eficiência na afectação de recursos se o custo por unidade produzida diminuir, sem prejuízo da qualidade.

Por fim, temos o conceito de *top-level efficiency*, ou seja, o último nível de eficiência a que podemos chamar de eficiência distributiva. Neste caso, trata-se de encontrar a *melhor* afectação de recursos no sentido de maximizar o bem-estar social. Sendo os recursos escassos, devemos não só minimizar as quantidades de factores e custos mas devemos também afectar esses recursos à produção dos bens e serviços que a sociedade mais valoriza. Saímos assim do campo da economia positiva e entramos no campo da economia normativa. Para encontrar a *melhor* afectação de factores é necessário avaliar as normas e as preferências da sociedade. Estas preferências não têm de ser definidas em termos específicos de grupos de doentes ou utilizadores mas poderão ser definidas em termos de princípios ou critérios. Na decisão entre duas alternativas, o que deve ser tido em conta? O melhor prognóstico? O risco de vida? O tempo de espera? A idade? A responsabilidade individual? Esta é uma discussão que nos conduz para as prioridades em saúde, um assunto sensível mas inevitável. Todos se recordarão da polémica gerada pelo parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida em Setembro de 2012, do meu ponto de vista, totalmente injustificada. Novamente a necessidade de sensibilização da sociedade para a escassez de recursos e para os custos de oportunidade que qualquer decisão acarreta. Neste aspecto, devem ser evitadas as polémicas que em nada contribuem para o necessário debate sobre prioridades em saúde e com a participação dos diferentes *stakeholders*. A ausência de discussão não resolve a escassez de recursos, presente em qualquer país do mundo, e o racionamento implícito não assegura soluções mais justas. Procurar a eficiência, nas suas várias dimensões, é pois um dever de todos.

Documento de trabalho do Ministério da Saúde para a Reforma da Formação Médica Especializada a que se refere o Artigo do Dr. Miguel Sousa Neves | Projeto de Decreto-Lei

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Capítulo I

OBJETO E NATUREZA

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei define o regime jurídico da formação médica especializada com vista à obtenção do título de especialista e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respetivo processo.

Artigo 2.º

Natureza

O internato médico corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, que tem como objetivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respetiva área de especialização.

Capítulo II

FORMAÇÃO

Secção I

ESTRUTURA E PROCESSO DE FORMAÇÃO

Artigo 3.º

Estrutura do internato médico

1 - O internato médico estrutura-se em áreas de especialização.

2 - As áreas de especialização são as constantes do anexo I do Regulamento do Internato Médico, a aprovar por portaria do membro do Governo responsável pela área da Saúde.

3 - Por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Ordem dos Médicos, podem ser criadas novas áreas de especialização.

4 - O internato médico é desenvolvido em conformidade com os respetivos programas de formação médica especializada. O programa de formação do 1º ano de especialização

deve para o efeito contemplar os itens necessários por forma a assegurar, em pelo menos 80 % do programa, uma formação comum a todas as especialidades., agrupadas em dois troncos comuns. Os troncos comuns são cirurgia geral e medicina interna.

5 - Os programas das especialidades não cirúrgicas incorporam seis meses obrigatórios de formação em cuidados primários de saúde, exceto para a especialidade de medicina geral e familiar.

Secção II

ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELA FORMAÇÃO

Artigo 4.º

Responsabilidade pela formação médica

1 - A formação médica durante o internato médico constitui atribuição do Ministério da Saúde.

2 - O Ministério da Saúde exerce as suas atribuições através dos serviços e estabelecimentos de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos órgãos do internato médico previstos no presente diploma, sob a coordenação da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., abreviadamente designada por ACSS, I.P.

3 - Para prossecução das atribuições referidas nos números anteriores, a ACSS, I.P., promove a articulação com todas as instituições envolvidas no processo de formação médica, designadamente com a Ordem dos Médicos.

Artigo 5.º

Programas de formação do internato médico

1 - Os programas de formação do internato médico são aprovados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta do Conselho Coordenador do Internato Médico, adiante designado por CCIM, mediante parecer da Ordem dos Médicos.

2 - Os programas devem conter os respetivos objetivos, conteúdos, atividades, duração total

e parcelar dos períodos de formação, períodos e métodos de avaliação.

Artigo 6.º

Estabelecimentos de formação

1 - O internato médico pode realizar-se em serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica, bem como em estabelecimentos do sector social ou privado, reconhecidos como idóneos para efeitos de formação e de acordo com a sua capacidade formativa.

2 - Os critérios para a determinação de idoneidade dos estabelecimentos e serviços, referidos no número anterior, são definidos sob proposta do CCIM, ouvida a Ordem dos Médicos, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 - Para efeitos do disposto no número anterior e na ausência de parecer da Ordem dos Médicos, a definição dos critérios de idoneidade é efetuada com base na proposta do CCIM, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 - A lista de serviços e estabelecimentos reconhecidos como idóneos é aprovada por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde., sob proposta da ACSS, I.P. e mediante parecer do CCIM, de acordo com os critérios fixados nos termos dos números anteriores.

5 - A capacidade formativa dos serviços e estabelecimentos de saúde, para efeitos de colocação de médicos internos, é fixada anualmente e aprovada por deliberação do Conselho Diretivo da ACSS, I.P., mediante parecer do CCIM.

6 - Para efeitos de reconhecimento de idoneidade e de fixação da capacidade formativa, devem, quando individualmente não disponham de capacidade total, os estabelecimentos ser agrupados por critérios de complementaridade dos serviços médicos de que dispõem e da área geográfica que servem.

7 - Para efeitos do disposto no n.º 1 e quando se trate de estabelecimentos de formação dos sectores social e privado, será celebrado acordo entre a ACSS, I.P. e a respetiva entidade titular.

Artigo 7.º

Orientadores de formação

1 - A orientação direta e permanente dos internos é feita por orientadores de formação.

2 - As funções do orientador de formação são definidas no Regulamento do Internato Médico.

3 - O exercício das funções de orientador de formação a que se refere o número anterior releva para efeitos curriculares, nos termos previstos na legislação que aprova os regulamentos dos concursos das carreiras médicas.

4 - Os orientadores de formação a que se refere o número um exercem essa função de acordo com as obrigações previstas no regime da carreira médica e apenas podem ser dispensados do desempenho dessas funções, com autorização das Direções Regionais de Internato, por motivos de força maior que constam do Regulamento do Internato Médico.

Secção III

ÓRGÃOS DO INTERNATO MÉDICO

Artigo 8.º

Natureza dos Órgãos do internato médico

1 - Os órgãos do internato médico são órgãos de apoio técnico e de consulta aos organismos do Ministério da Saúde e estabelecimentos e serviços do SNS, nos domínios da conceção, do planeamento, da organização e do desenvolvimento do internato médico.

2 - São órgãos do internato médico:

a) O Conselho Coordenador do Internato Médico, adiante designado por CCIM, que funciona junto da ACSS, I.P.;

b) As direcções regionais do internato médico, adiante designadas por DRIM;

c) As direcções do internato médico, adiante designadas por direcções de internato, que funcionam nos respetivos estabelecimentos e serviços de saúde.

3 - As DRIM são as seguintes:

a) Norte, com o âmbito de intervenção territorial correspondente à ARS Norte, I.P. funcionando junto desta;

b) Centro, com o âmbito de intervenção territorial correspondente à ARS Centro, I.P. funcionando junto desta;

c) Lisboa e Vale do Tejo, com o âmbito de intervenção territorial correspondente à ARS Lisboa e Vale do Tejo;

d) Alentejo, com o âmbito de intervenção territorial correspondente à ARS Alentejo, I.P. funcionando junto desta;

e) Algarve, com o âmbito de intervenção territorial correspondente à ARS Algarve, I.P. funcionando junto desta;

f) Açores, com o âmbito de intervenção territorial correspondente à Região Autónoma dos Açores, funcionando junto do órgão regional competente;

g) Madeira, com o âmbito de intervenção territorial correspondente à Região Autónoma da Madeira, funcionando junto do órgão regional competente.

4 - A constituição, designação, competência e funcionamento dos órgãos do internato médico constam do Regulamento do Internato Médico.

Artigo 9.º

Titulares dos órgãos do internato médico

1 - Os titulares dos órgãos do internato médico gozam de dispensa de serviço relativamente às funções inerentes à carreira, não podendo ser-lhes exigida qualquer compensação decorrente dessa dispensa que, para todos os efeitos legais, se considera como prestação efetiva de trabalho.

2 - O exercício de funções nos órgãos do internato médico é obrigatoriamente valorizado na avaliação de desempenho e nos concursos de promoção na carreira e não confere direito a qualquer acréscimo remuneratório.

Capítulo III

INGRESSO NO INTERNATO MÉDICO

Secção I

Vagas

Artigo 10.º

Fixação de vagas para ingresso no internato médico

1 - O ingresso no Internato médico é precedido de procedimento concursal para o preenchimento do número de vagas anualmente fixadas para o efeito, até ao último dia do mês de setembro do ano anterior.

2 - A definição do número de vagas tem em consideração as necessidades previsionais de pessoal médico, a nível nacional e em cada região, bem como a idoneidade e a capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde.

3 - O mapa de vagas para ingresso no internato médico é fixado, anualmente, sob proposta da ACSS, I.P., ouvidas as Administrações Regionais de Saúde e as Regiões Autónomas, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da Saúde.

4 - O mapa de vagas referido no número anterior estabelece o número de vagas, por estabelecimento de saúde, área de especialização e região.

Secção II

PROCEDIMENTO CONCURSAL

Artigo 11.º

Fases do procedimento

1 - O procedimento concursal, para ingresso no internato médico, obedece aos requisitos, condições e tramitação que constam do Regulamento do Internato Médico e compreende as seguintes fases:

- a) Candidatura e admissão ao procedimento;
- b) Prestação de prova nacional de seleção;
- c) Escolha da especialidade e estabelecimento;
- d) Colocação.

2 - O procedimento concursal é realizado pela ACSS, I.P. e efetua-se, anualmente, no terceiro quadrimestre de cada ano civil.

Artigo 12.º

Candidatura e admissão ao procedimento

1 - Salvo o disposto nos números seguintes, podem candidatar-se ao procedimento concursal de ingresso no internato médico os licenciados em medicina ou com mestrado integrado em medicina ou equivalente.

2 - O médico que, tendo ingressado no internato médico, opte por se desvincular antes de concluído o respetivo programa de formação especializada, não pode candidatar-se a novo procedimento concursal de ingresso antes de decorrido um período de 2 anos civis, salvo o disposto nos n.os 1 e 2 do artigo 25.º.

3 - O médico a quem tenha sido aplicada a pena disciplinar de despedimento por facto imputável ao trabalhador não pode candidatar-se a novo procedimento concursal antes de decorrido o respetivo prazo para reabilitação nos termos do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores Que Exercem Funções Públicas.

Artigo 13.º

Prova Nacional de Seleção

1. O modelo da Prova Nacional de Seleção (PNS) é aprovado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

2. A PNS realizar-se-á pela primeira vez no último trimestre de 2015

Artigo 14.º

Escolha da especialidade e estabelecimento

Os candidatos que obtenham na PNS classificação superior a 50 % da classificação máxima realizam as suas escolhas de colocação, de acordo com o mapa de vagas divulgado pela ACSS, I.P.

Artigo 15.º

Colocação de candidatos

1 - A colocação dos candidatos consiste na distribuição dos candidatos pelas vagas fixadas no mapa previsto no n.º 3 do artigo 10.º, de acordo com as regras de ordenação estabelecidas nos termos do presente diploma e do

Regulamento do Internato Médico.

2 – A colocação dos médicos internos decorre da ordenação obtida com base na classificação ponderada resultante das seguintes componentes:

a) classificação final obtida na licenciatura em medicina ou mestrado integrado em medicina ou equivalente (25 %)

b) classificação final obtida na prova nacional de seleção (75 %)

3 – Se após aplicação dos critérios referidos no número anterior se verificar o empate, aplicar-se-ão os seguintes critérios, por ordem decrescente:

a) Experiência obtida em unidades de saúde do SNS, resultante de pelo menos 1 ano de atividade em ETC em cuidados de saúde primários ou em hospitais;

b) classificação final obtida na PNS;

c) classificação final obtida na licenciatura em medicina ou mestrado integrado em medicina ou equivalente;

d) sorteio.

Capítulo IV

VINCULAÇÃO NO INTERNATO MÉDICO E REGIME DE TRABALHO

Secção I

Regime de vinculação no internato médico

Artigo 16.º

Vinculação

1 - Os médicos internos ficam vinculados à ARS ou à Região Autónoma da área do estabelecimento ou serviço de saúde onde foi criada a vaga, mediante a celebração de contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo incerto ou em regime de comissão de serviço, no caso de o médico interno ser titular de uma relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado constituída previamente.

2 - Quando, nos termos do presente decreto-lei, um médico interno deva vincular-se a distinta ARS ou Região Autónoma, a nova entidade pública assume os direitos e obrigações da anterior, operando-se a transmissão da titularidade da posição contratual, nomeadamente por reafectação do médico interno ou por mudança de especialidade, prevista no número 4.º do artigo 25.º.

3 - O contrato a termo resolutivo incerto e a comissão de serviço a que se refere o n.º 1 vigoram pelo período de duração estabelecido para o respetivo programa de formação médica especializada, incluindo repetições e suspensões, caducando na data em que seja homologada a lista de classificação final do internato médico.

4 - O contrato referido no número anterior caduca automaticamente caso o médico não se candidate a procedimento concursal subsequente à conclusão do internato médico que tenha sido aberto para ingresso nas carreiras médicas.

5 - Aos médicos internos das Forças Armadas e da Guarda Nacional Republicana, para efeitos do presente artigo, aplicam-se os respetivos Estatutos.

Artigo 17.º

Acordo de colocação

1 - Para efeitos de colocação do médico interno no serviço ou estabelecimento de formação, é celebrado um acordo de colocação entre a ARS ou a Região Autónoma respetivas e a entidade titular do serviço ou estabelecimento de formação, independentemente da sua natureza jurídica, com o conteúdo previsto no Regulamento do Internato Médico.

2 - Os médicos internos ficam sujeitos à organização de trabalho da entidade titular do serviço ou do estabelecimento responsável pela administração da formação, o qual suporta a remuneração devida e os demais encargos inerentes.

3 - Sempre que a colocação abranja um conjunto de estabelecimentos, a remuneração do médico é assegurada pelo estabelecimento principal que como tal venha a ser identificado no acordo de colocação.

Artigo 18.º

Início da frequência do internato

1 - O internato médico inicia-se em 1 de Janeiro de cada ano civil.

2 - Os médicos internos devem, na data referida no número anterior ou em data acordada com a respetiva direção do internato médico, apresentar-se nos estabelecimentos de formação, determinando a não comparência a impossibilidade de se candidatar a concurso de admissão durante o prazo de dois anos.

3 - Em caso de impossibilidade, por motivo de doença, de parentalidade, de prestação do serviço militar ou cívico e de força maior, devida e tempestivamente justificados, pode ser autorizado pela ACSS, I.P., o adiamento do início da frequência do internato médico ficando a respetiva vaga cativa.

4 - Nas situações referidas no número anterior, a apresentação ao serviço do médico interno deve ser feita no dia imediato ao da cessação do impedimento, exceto quando devido a serviço militar em que pode ser feita até 30 dias após a data em que é dada por terminada a sua prestação.

5 - A não apresentação do médico interno é comunicada à respetiva ARS ou Região Autónoma.

Artigo 19.º

Reafectação

1 - O internato médico deve ser concluído no estabelecimento de saúde em que os internos são colocados por concurso, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

2 - A reafectação para outro estabelecimento é autorizada em casos de perda de idoneidade ou capacidade formativa do estabelecimento de formação dos médicos internos.

3 - A título excecional pode ser autorizada reafectação para estabelecimento diferente do de formação.

4 - As reafectações a que se referem os números anteriores são autorizadas por deliberação fundamentada da ARS ou Regiões Autónomas, caso se trate de colocação em organismo da mesma região, ou da ACSS, I.P., quando envolvidas distintas regiões, de acordo com os termos previstos no Regulamento do Internato Médico.

Artigo 20.º

Suspensão do internato

1 - A frequência do internato médico pode ser, excecionalmente, suspensa por motivos de interesse público, mediante autorização da respetiva ARS ou Região Autónoma, com base em parecer da respetiva CRIM e da Direção do Internato Médico, por período igual ou superior a três meses e com o limite máximo igual a metade da duração do mesmo, com os efeitos previstos para as licenças sem remuneração fundadas em circunstância de interesse público

2 - A frequência do internato médico pode ainda ser, excecionalmente, suspensa para frequência de programas de doutoramento em investigação médica, mediante autorização da respetiva ARS ou Região Autónoma.

3 - As suspensões do internato médico previstas nos números anteriores devem ser solicitadas nos termos definidos no Regulamento do Internato Médico.

4 - Ao médico que não compareça após o término do motivo que deu origem à suspensão do internato médico aplica-se o disposto no n.º 2 do artigo 12.º, salvo se justificado por motivos de doença, parentalidade, prestação de serviço militar ou cívico ou motivo de força maior.

5 - A não comparência injustificada às provas de avaliação contínua que requeiram a presença do médico interno determina a suspensão do contrato a termo resolutivo incerto ou da comissão de serviço até que se realizem novas avaliações, salvo se justificada pelos motivos e nos termos do n.º 2 do artigo 30.º do presente decreto-lei.

Secção II

REGIME E CONDIÇÕES DE TRABALHO

Artigo 21.º

Regime de trabalho

1 - Os médicos internos estão sujeitos a um período normal de trabalho de 40 horas semanais.

2 - Os médicos internos devem dedicar-se à formação teórica e prática durante toda a semana de trabalho.

3 - Os médicos internos realizam a formação em regime de exclusividade de funções.

4 - Os horários dos internos são estabelecidos e programados de acordo com o regime de trabalho da carreira médica, devendo ter em conta as atividades do programa do internato médico.

5 - Aos médicos que frequentam o internato médico aplica-se, com as exceções previstas no presente diploma ou no Regulamento do Internato Médico, o regime de férias, faltas e licenças, com ou sem perda de remuneração, em vigor para a carreira médica.

6 - As férias dos médicos internos devem ser marcadas de harmonia com a programação dos estágios, de forma a não prejudicar a sua frequência, avaliação e conclusão.

7 - Durante o internato médico, as férias devem ser gozadas no correspondente ano civil, não podendo transitar para os anos seguintes.

Artigo 22.º

Licenças sem perda de remuneração

1 - O órgão máximo do estabelecimento de formação pode conceder licenças sem perda de remuneração a médicos internos, nos termos previstos para a carreira especial médica, para a participação em atividades de formação consideradas relevantes para o programa de formação do Internato Médico, a pedido do interessado, mediante parecer da respetiva CRIM e da Direção do Internato Médico.

2 - O gozo das licenças não pode implicar a redução da duração do programa formativo.

Artigo 23.º

Remuneração

Os médicos internos são remunerados nos termos constantes da tabela anexa ao presente decreto-lei.

Artigo 24.º

Suplementos

Em matéria de suplementos remuneratórios com fundamento legal em trabalho extraordinário, noturno, em dias de descanso semanal ou feriados, os médicos internos estão abrangidos pelo regime aplicável à carreira especial médica.

Artigo 25.º

Mudança de área de especialização

1 - Os médicos internos que pretendam mudar de área de especialização têm de se candidatar

a novo procedimento concursal de acordo com as regras previstas no Regulamento do Internato Médico, não podendo ocupar mais do que 5 % do total de vagas postas a concurso.

2 - Os médicos internos só se podem candidatar a novo procedimento concursal para mudança de área de especialização até à conclusão do programa formativo do 1.º ano do internato médico, apenas sendo permitida uma única candidatura.

3 - No caso de mudança de área de especialização os internos podem requerer, se adequado, a equivalência da formação obtida anteriormente.

4 - A título excecional, os médicos internos que, por motivos medicamente comprovados, estejam incapacitados de continuar a frequentar o internato médico em determinada área de especialização, podem mudar de área de especialização, nos termos previstos no Regulamento do Internato Médico.

Capítulo V

INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DO INTERNATO MÉDICO

Artigo 26.º

Investigação médica

Os médicos internos podem ter acesso a programas de investigação médica, em termos a definir no Regulamento do Internato Médico.

Artigo 27.º

Programas de investigação médica visando doutoramento

Os médicos internos podem ter acesso a programas de investigação médica, com vista à obtenção do grau de doutoramento, em termos a definir no Regulamento do Internato Médico.

Capítulo VI

AValiação DO INTERNATO MÉDICO

Artigo 28.º

Natureza da avaliação

1 - A avaliação do aproveitamento no internato médico compreende uma avaliação contínua, realizada ao longo de todo o internato, e uma avaliação final.

2 - O sistema de avaliação é estabelecido no Regulamento do Internato Médico.

Artigo 29.º

Aprovação final e títulos de formação

1 - A aprovação final no internato médico confere o título de especialista na correspondente área de especialização.

2 - A obtenção do título a que se refere o número anterior é comprovada por diploma emitido pela ACSS, I.P., e reconhecido pela Ordem dos Médicos no correspondente processo de titulação única.

3 - O título de especialista atribuído nos termos dos números anteriores é correspondente ao grau de especialista para efeitos do disposto no regime jurídico das carreiras médicas.

Artigo 30.º

Falta de aproveitamento, repetições e compensação de faltas

1 - No caso de falta de aproveitamento em estágio ou parte do programa sujeito a avaliação contínua, o período de formação avaliado deve ser repetido ou compensado, nos termos do Regulamento do Internato Médico.

2 - As faltas motivadas por doença, maternidade, paternidade, prestação de serviço militar ou cívico ou motivo de força maior, devidamente comprovadas perante a respetiva coordenação ou direção do internato e por ela justificadas, devem ser compensadas nos termos do Regulamento do Internato Médico.

Artigo 31.º

Causas específicas da cessação do vínculo

1 - A falta de aproveitamento nas avaliações previstas no n.º 1 do artigo 28.º, após as repetições e compensações admitidas nos termos do artigo anterior, determina a cessação do contrato a termo resolutivo incerto ou da comissão de serviço e a consequente desvinculação do médico interno, nos termos previstos no Regulamento do Internato Médico.

2 - A não realização dos períodos de compensação na data estabelecida para o efeito, determina a cessação do contrato de trabalho a termo resolutivo incerto ou da comissão de serviço, salvo se justificada pelos motivos a que se refere o n.º 2 do artigo anterior, devidamente comprovados perante o respetivo júri e por este aceites.

3 - A não realização da avaliação final do internato médico, na data estabelecida para o efeito, determina a cessação do contrato de trabalho a termo resolutivo incerto ou da comissão de serviço, salvo se justificada pelos motivos a que se refere o n.º 2 do artigo anterior, devidamente comprovados perante o respetivo júri e por este aceites.

Capítulo VII

INTERCÂMBIO INTERNACIONAL

Artigo 32.º

Intercâmbios de formação com Estados membros da CPLP

1 - Podem ser estabelecidos intercâmbios com Estados membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) para a frequência, pelos médicos internos, de estágios ou períodos de estágios nos países que integram aquela comunidade.

2 - A autorização e regime de frequência dos estágios previstos no número anterior realiza-

-se nos termos a definir no Regulamento do Internato Médico.

Capítulo VIII

SISTEMA DE GESTÃO DO INTERNATO MÉDICO

Artigo 33.º

Âmbito e coordenação

1 - O processo de planeamento, gestão, acompanhamento e avaliação do internato médico é apoiado num sistema informatizado de âmbito nacional.

2 - O sistema referido no número anterior é desenvolvido sob a coordenação da ACSS, I.P., e operacionalizado através da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE.

Capítulo IX

CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

Artigo 34.º

Procedimentos

1 - A contratação de médicos especialistas para ingresso na carreira médica, após a conclusão do internato médico, obedece ao disposto nos números seguintes.

2 - No início de cada ano civil, é publicada a relação das necessidades de postos de trabalho em termos de especialidades médicas de todo o Serviço Nacional de Saúde através de despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 - A relação de necessidades referida no número anterior é elaborada de acordo com os critérios definidos pela ACSS, I.P., mediante parecer das ARS e das Regiões Autónomas, e com recurso aos instrumentos de planeamento em vigor.

4 - A contratação de pessoal médico em regime de contrato de trabalho no âmbito das entidades do SNS é efetuada de acordo com os regimes de trabalho aplicáveis às referidas entidades e respetiva regulação.

5 - O preenchimento de postos de trabalho para ingresso nas carreiras médicas, independentemente da natureza jurídica da relação de emprego a constituir, é realizado por procedimento concursal nacional, regional ou institucional, nos termos de despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

6 - O profissional de saúde que, tendo concluído o internato médico, opte por não se apresentar aos concursos que venham a ser abertos, ou que, ingressando na carreira, nos termos do disposto no número anterior, rescinda o contrato, no decurso dos primeiros 3 anos de vigência do mesmo, com o serviço ou estabelecimento onde foi colocado, fica inibido de celebrar novo contrato, pelo

período de 2 anos, com qualquer entidade integrada no SNS.

7 - À contratação de médicos especialistas para serviços e estabelecimentos classificados como carenciados e periféricos por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde é atribuído um incentivo remuneratório de montante a fixar por portaria do membro do Governo responsável pela área da Saúde e das Finanças, a qual definirá também os critérios para efeito da definição de estabelecimento carenciado e periférico.

Capítulo X

FINANCIAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

Artigo 35.º

Financiamento

1 - O regime de financiamento do Internato Médico no âmbito dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde terá por base o regime de financiamento aplicável aos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional e será aprovado por portaria do membro do Governo responsável pela área da Saúde.

2 - A portaria prevista no número anterior deverá, igualmente, prever condições a aplicar à realização do Internato Médico nas unidades de saúde integrantes dos setores social e privado.

Capítulo XI

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 36.º

Regulamentação

3 - Sem prejuízo do disposto no número seguinte, a regulamentação do presente diploma é publicada no prazo de 90 dias.

4 - Os programas de formação das áreas de especialização são revistos, nos casos em que se mostre necessário, nos termos e prazos previstos no Regulamento do Internato Médico.

Artigo 37.º

Norma de transição

1 - Os médicos que, à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, se encontrem a frequentar a fase de especialização transitam para o regime previsto no presente diploma, sem prejuízo do cumprimento do programa formativo em curso.

2 - Os médicos que, à data da entrada em vigor do presente decreto-lei se encontrem a frequentar o ano comum do internato médico, ingressam no 1.º ano da formação especializada, de acordo com o mapa de vagas referente à formação específica a disponibilizar para o efeito, transitando para o regime previsto no presente diploma, nos termos do número anterior.

3 - O acesso ao internato dos médicos das

forças armadas previsto nos termos do n.º 10 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de agosto, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 45/2009, abrange apenas os estudantes que, à data de entrada em vigor do presente decreto-lei, se encontrem em formação, para efeitos de obtenção do mestrado integrado em medicina e pertençam aos quadros permanentes das forças armadas

4 - Ao procedimento concursal para efeitos de ingresso no internato médico em I.I.15 aplicar-se-á, pela última vez, o disposto no Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelos Decretos-leis nos. 45/2009, de 13 de Fevereiro e 177/2009, de 4 de agosto, e no correspondente Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 251/2011, de 24 de Junho, de acordo com as seguintes adaptações;

a) Não irá ser realizada a Prova Nacional de Seriação em 2014;

b) Os médicos abrangidos por este procedimento concursal participarão na primeira Prova Nacional de Seleção a realizar em 2015.

6. O regime previsto presente diploma aplicar-se-á na sua totalidade, pela primeira vez, aos médicos que irão realizar a Prova Nacional de Seleção em 2015 e cujo ingresso no internato médico terá lugar em 1 de Janeiro de 2016. Aos médicos abrangidos pelos nos. 2,3 e 4 do presente artigo, o exercício autónomo da Medicina, é reconhecido a partir da conclusão, com aproveitamento, do Ano Comum de formação do internato médico.

Artigo 38.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de agosto.

Artigo 39.º

Entrada em vigor

Sem prejuízo do disposto no artigo 37.º, o presente diploma entra em vigor em 1 de Janeiro de 2014.

Anexo (a que se refere o artigo 23.º)

Correspondente período de formação específica	Posição remuneratória
Interno do 4.º Ano e seguintes	
Nível remuneratório da tabela única	
Montante pecuniário (€)	
Interno do 1.º ao 3.º Ano	
Níveis remuneratórios da tabela única	
Montante pecuniário (€)	

Governo de Portugal, Ministério da Saúde

Livros



A saúde não tem preço mas tem custos

Autor: Ana Macedo, Ana Cristina Reis

Editora: Edições Sílabo

Ano: 2011

Sinopse: Neste livro, as autoras, assumindo que nada é evidente e nenhum conceito é supérfluo ou óbvio, explicam de um modo simples e pedagógico como funciona o mercado da saúde e de que forma se podem avaliar as diversas alternativas em termos de custos e consequências. Se o leitor dominar já um tema poderá passar, sem qualquer problema, para outro capítulo, podendo também ler um pouco aqui e outro ali, lendo aos bocadinhos. Este é um livro para ser interiorizado e não apenas lido.



Promising Care: How We Can Rescue Health Care by Improving It

Autor: Donald M. Berwick

Ano: 2013

Sinopse: Promising Care: How We Can Rescue Health Care by Improving It collects 16 speeches given over a period of 10 years by Donald M. Berwick, an internationally acclaimed champion of health care improvement throughout the course of his long and storied career as a physician, health care educator and policy expert, leader of the Institute for Healthcare Improvement (IHI), and administrator of the Centers for Medicare & Medicaid Services. These landmark speeches (including all of Berwick's speeches delivered at IHI's annual National Forum on Quality Improvement in Health Care from 2003 to 2012) clearly show why our medical systems don't reliably contribute to our overall health. As a remedy he offers a vision for making our systems better – safer, more effective, more efficient, and more humane.



The Strategic Management of Health Care Organizations

Autor: Peter M. Ginter

Ano: 2013

Sinopse: A structured strategic management approach is what's needed to tackle the revolutionary change the health care system has been experiencing. Today, health care organizations have almost universally embraced the strategic perspective first developed in the business sector and now have developed strategic management processes that are uniquely their own. Health care leaders have found that strategic thinking, planning, and managing strategic momentum are essential for coping with the dynamics of the health care industry. Strategic Management has become the single clearest manifestation of effective leadership of health care organizations.

Sites



Direcção-Geral da Saúde

www.dgs.pt

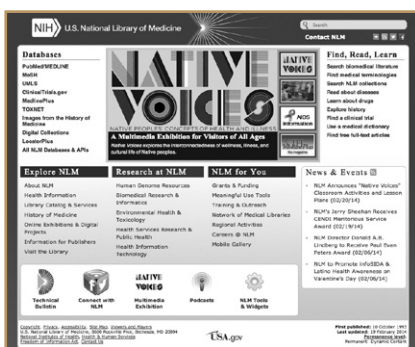
A Direcção-Geral da Saúde (DGS) é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração directa do Estado, dotado de autonomia administrativa. Assumindo-se como um organismo de referência para todos aqueles que pensam e actuam no campo da saúde.



World Medical Association

www.wma.net/en/10home/index.html

The purpose of the WMA is to serve humanity by endeavoring to achieve the highest international standards in Medical Education, Medical Science, Medical Art and Medical Ethics, and Health Care for all people in the world.



The National Library of Medicine (NLM)

www.nlm.nih.gov

The National Library of Medicine (NLM), on the campus of the National Institutes of Health in Bethesda, Maryland, has been a center of information innovation since its founding in 1836. The world's largest biomedical library, NLM maintains and makes available a vast print collection and produces electronic information resources on a wide range of topics that are searched billions of times each year by millions of people around the globe.

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

