

# Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Junho 2014 • N.º 13



Melhor Saúde para um Estado Melhor **Fernando Leal da Costa**

Um Excelente Modelo de Gestão  
Mal-Amado Desde a Nascimento  
**Mário Jorge Carvalho**

Reflexão sobre Contratualização  
de Especialistas Médicos Recém-Formados  
por Instituições Hospitalares do SNS  
**João F. Rodrigues**

O Cliente em Saúde – Abordagem com Base  
em “O Cliente Não tem Sempre Razão  
mas tem Sempre Emoção”  
**Diana Mendes, Neuza Reis**

Do Modelo de Bismarck ao Beveridge:  
o Modelo de Saúde Português...  
**Cristina Carrondo**

O Reconhecimento do Utente como  
Co-Produtor de Resultados em Saúde  
**Teresa Esquerdo**

A Saúde Depois da *Troika*  
**Margarida Cortez**

A Teoria Baseada nos Recursos  
na Gestão em Saúde  
**Baltazar Fernandes**



# Índice

- 4 Estatuto Editorial
- 5 Mensagem  
*Miguel Sousa Neves*
- 6 Melhor Saúde para um Estado Melhor  
*Fernando Leal da Costa*
- 10 Reflexão sobre Contratualização  
de Especialistas Médicos Recém-Formados  
por Instituições Hospitalares do SNS  
*João F. Rodrigues*
- 13 Um Excelente Modelo de Gestão  
Mal-Amado Desde a Nascimento  
*Mário Jorge Carvalho*
- 14 Do Modelo de Bismarck ao Beveridge  
o Modelo de Saúde Português...  
*Cristina Carrondo*
- 17 O Reconhecimento do Utente como  
Co-Produtor de Resultados em Saúde  
*Teresa Esquerdo*
- 18 A Saúde Depois da *Troika*  
*Margarida Cortez*
- 20 A Teoria Baseada nos Recursos na Gestão em Saúde  
*Baltazar Fernandes*
- 24 O Cliente em Saúde: Abordagem com Base  
em "O Cliente Não tem Sempre Razão  
mas tem Sempre Emoção"  
*Diana Mendes, Neuza Reis*
- 30 Notícias
- 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 13 • Junho 2014

DIRECTOR  
Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO  
Marinha Abreu

REDACÇÃO, DESIGN E PRODUÇÃO  
Newsengage - Media, Conteúdos  
e Comunidades, S.A.

PROPRIEDADE  
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde  
Avenida Cidade de Montgeron, 212  
4490-402 Póvoa de Varzim  
E-mail: [info@spgsaude.pt](mailto:info@spgsaude.pt)  
Site: [www.spgsaude.pt](http://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  
RPO

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

**N**o mês passado tive a oportunidade de ler a primeira entrevista de Simons Stevens, recém-empossado director-geral do Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS). Num cargo de nomeação política ele diz estas coisas:

1. O NHS necessita abandonar a “centralização maciça de unidades hospitalares e recursos” que tem acontecido nos últimos anos e voltar a investir nos serviços de proximidade à Comunidade nomeadamente nos *cottage hospitals* (pequenos hospitais que foram fechando ao longo do tempo);
2. As metas em tempos de espera criadas nos últimos anos acabaram por ser um impedimento para bons cuidados médicos em muitos casos;
3. A Directiva Europeia sobre o Tempo de Trabalho causou problemas no funcionamento do NHS tornando mais difícil a tarefa de manter os hospitais mais pequenos;
4. As empresas deveriam desenvolver incentivos financeiros para funcionários que adoptem es-

tilos de vida saudáveis e cuidados com o peso, colesterol, tensão arterial, diabetes...

Diz ele que deverão olhar mais para países como a Suécia que conseguiram desenvolver cuidados comunitários exemplares através dos pequenos hospitais de proximidade. Critica o que chama de “centralização obsessiva de meios e recursos” com prejuízos óbvios a médio e longo prazo para a Comunidade. Fala do NHS como um Serviço que deve proteger a sua população mais idosa que acaba por ocupar 2/3 dos internamentos hospitalares. Neste caso a falta de uma resposta adequada de proximidade acaba por saturar os hospitais maiores com prejuízos evidentes para todos e custos acrescidos.

Num momento em que o SNS português parece trilhar caminhos perigosos para a Saúde dos Portugueses onde poucos sabem qual a visão e projecto de quem tem o poder de decisão, aqui ficam estes extractos da entrevista de Simons Stevens como *food for thought*...

# Melhor Saúde para um Estado Melhor

Fernando Leal da Costa  
Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Autor

Penso que é o momento de fazer uma reflexão pessoal sobre o que é importante fazer nos próximos anos, em termos da política de saúde, em Portugal. Entendo que a saúde é, por excelência, um espaço de debate construtivo e aceso mas também a área da Governação onde, à partida, deveria ser mais fácil estabelecer consensos. Seria assim se todos se concentrassem apenas no objectivo final da política de saúde, ou seja, de uma forma simples e clara, promover e manter um estado de completo bem-estar físico, mental e social para os indivíduos e para as populações. A discussão dos meios não nos pode desviar do compromisso em atingir os fins.

Ao longo da democracia Portuguesa, o papel do estado de saúde da população, central e essencial na sociedade, na economia, no sector financeiro, no emprego, etc., tem sido, invocado sobretudo como ferramenta de política contestatária interpartidária. Não deveria ser assim. O valor da saúde, como depositário de investimento gerador de riqueza, foi tendencialmente esquecido e remetido para as esferas da análise exclusiva da despesa ou da exploração da insatisfação. Num campo necessariamente dispendioso – ainda mais se centrado no tratamento de doenças e não na sua prevenção – e onde as expectativas não satisfeitas são frequentes, tem sido mais fácil criticar do que construir. Também por isto, a história do Serviço Nacional de Saúde (SNS), mesmo pesando os seus inúmeros sucessos, está sublinhada por dívidas acumuladas e subfinanciamento crónico. Viveu-se na ilusão de que orçamentando menos se gastaria menos e, de orçamento rectificativo em orçamento reti-

ficativo, de suborçamentação em suborçamentação, muita dela resultante do excesso de gastos em soluções de carácter imediato, chegámos ao Memorando de Entendimento com a *Troika*.

Deveu-se este facto – o endividamento, que tem sido penalizador e até impeditivo de melhorar o desempenho do sistema –, entre outros factores, a uma tentativa de contenção de despesa que nunca avaliou devidamente os impactos de cada medida na saúde e a ímpetos de investimentos, pese embora a bondade na intenção de muitos deles, que não se traduziram sempre em ganhos de saúde. Também se deveu à circunstância de nunca se ter evoluído no sentido de criar estruturas de retribuição baseadas na meritocracia, nunca se ter feito programação a longo prazo das necessidades de recursos humanos – normalmente hipertrofiadas em determinadas áreas de *skills* e demasiado curtas noutras, sem que se tenha usado uma ligação *skill-task* que fosse verdadeiramente eficiente e sem que o espírito corporativo tivesse sido substituído por uma vontade cooperativa. Por último, saliente-se a grande dificuldade – diria quase incapacidade – que o Estado, o principal comprador de tecnologias de saúde, historicamente tem tido para conseguir negociar a aquisição do que é necessário e sustentar a invasão de múltiplas tecnologias de valor duvidoso.

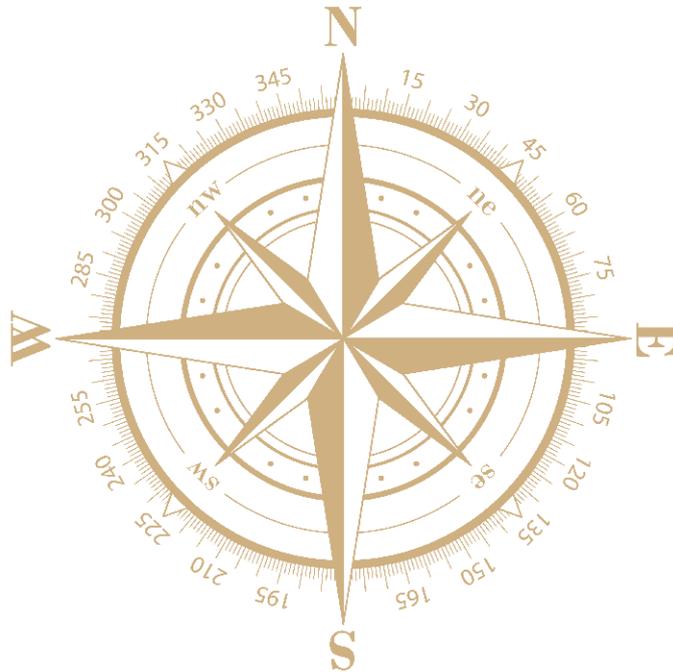
Mas existem soluções. Estão em manuais de boa gestão de sistemas de saúde e passam por medidas de longo prazo – destinadas a reduzir a carga de doença – de médio prazo – destinadas a melhorar a organização dum sistema de saúde e o seu financiamento – e

de curto prazo – destinadas a melhorar a performance individual e coletiva, combatendo o desperdício, melhorando a prática e aumentando a qualidade efectiva e percebida dos cuidados de saúde.

A actual equipa do Ministério da Saúde tem feito de tudo isto. Encontrámos um ciclo que tivemos de inverter, o que determinou o essencial do nosso trabalho.

Toda a programação de intervenções em saúde envolve o conhecimento do estado de saúde da população e dos seus determinantes, implica saber quais são os meios técnicos, humanos e financeiros disponíveis bem como a identificação de problemas que careçam de solução urgente, a capacidade de reconhecer quais as intervenções que podem ser feitas com maior probabilidade de sucesso e estar disposto a envolver todas as esferas da sociedade – dos utilizadores dos serviços aos decisores. Ou seja, exige conhecer capacidades, definir prioridades e ter vontade colectiva para intervir. Em duas palavras, há a necessidade de querer e de poder.

Um programa para intervenções políticas, compõe-se de vários níveis e prazos e constrói-se a partir do que já existe, aproveitando a evolução dos quadros populacional e organizacional já existentes. Não pode ser um agregado de *clichés* ou lugares comuns nem pode ceder ao mais fácil. Deve ser adaptável sem confundir adaptação com demagogia e cedência à aparência. Deve estar sustentado na melhor evidência possível e estar desenhado para ser avaliado e modificado em função das suas falhas e sucessos. Temos sido capazes de manter e melhorar indicadores de saúde, temos sustido o des-



perdício, temos melhorado a qualidade da maioria dos aspectos que se prendem com os cuidados de saúde, ao mesmo tempo que estamos a medir e divulgar o que o sistema é. Temos demonstrado, junto dos Portugueses e dos nossos parceiros internacionais, que o SNS é um dos factores de bem-estar com maior solidez e, agora também, com maior sustentabilidade no tecido social de Portugal.

Mas ainda há muito, mesmo muito, caminho para percorrer. Espero bem que o que nos falta fazer, a todos nós que aqui vivemos, seja progressivamente realizado num ambiente de paz social, sem crispção partidária indevida, sem intolerância ideológica, com envolvimento construtivo dos profissionais, com dirigentes de visão larga e sem receios de mudar o que tem mesmo de ser mudado.

Intervenções políticas em saúde são sempre dirigidas e pensadas em função dos múltiplos factores que se combinam para gerar determinantes. São multisectoriais e multiprofissionais. Não podem ser obra de um só Ministério e devem obedecer ao princípio enformador de toda a Governação: o da “Saúde em Todas as Políticas”.

Neste sentido, o documento “Um Estado Melhor” – acessível no Portal do Governo em [www.portugal.gov.pt/.../20131030%20guiao%20reforma%20estado.pdf](http://www.portugal.gov.pt/.../20131030%20guiao%20reforma%20estado.pdf) – que merece uma leitura atenta, não só no que diz respeito à Saúde, é um texto programático de longo prazo que suplanta o habitual dos programas partidários e estabelece linhas que devem ser consequentemente aprofundadas para que sejam implementadas.

O racional da reforma proposta, no que à

Saúde diz respeito, assenta em quatro pilares essenciais:

- I. Melhorar a qualidade global, incluindo a eficiência, do sistema de saúde;
- II. Progredir na redução das iniquidades de acesso ao sistema de saúde;
- III. Assegurar uma crescente transparência do sistema;
- IV. Promover a capacitação e responsabilização dos cidadãos no desenvolvimento e aplicação de políticas saudáveis.

Tendo em vista estes quatro pilares, elencaram-se 11 eixos prioritários:

1. Aumentar a eficiência, sem comprometer a efectividade;
2. Promover a excelência no conhecimento e na inovação;
3. Desenvolver, contratar e manter recursos humanos capacitados;
4. Aproximar os cuidados de saúde dos cidadãos, reforçando os cuidados de saúde primários;
5. Assegurar a continuidade da execução das iniciativas estratégicas propostas pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar;
6. Estabelecer acordos estáveis e transparentes com o sector privado e social, ... pelo incremento da participação do sector social e solidário em novas linhas de

actuação, nomeadamente no campo dos cuidados continuados e da saúde mental;

7. Continuar a reforma da política do medicamento para aumentar o acesso e a qualidade na terapêutica;
8. Redução da carga de doença, com o objectivo da redução progressiva da mortalidade prematura que deverá ficar em linha com o compromisso assumido para 2020, abaixo dos 20% e, para isso, dever-se-á apostar na formação, capacitação e responsabilização dos cidadãos e desenvolver as medidas legislativas imprescindíveis;
9. Proceder ao reordenamento e reforço da intervenção da Saúde Pública, efectuando a execução integral das funções essenciais da Saúde Pública, tal como propostas pela UE e OMS e já previstas na legislação nacional;
10. Internacionalizar o sector da saúde, enquanto factor essencial na criação de valor e de riqueza para os cidadãos, para os Estados e para as suas respectivas economias;
11. Preparar a gestão coordenada dos subsistemas públicos de saúde com o SNS, mediante a clarificação prévia das responsabilidades e visando harmonizar as condições junto dos prestadores.

Seria fastidioso enumerar tudo o que já foi feito nesta lista de intervenções interligadas e com um fio condutor claro. Bastaria lembrar o que se progrediu na informatização e divulgação de informação, no acesso a vacinações, no acesso aos medicamentos, no aumento do número de isentos de taxas moderadoras, no aumento da produção cirúrgica no SNS, no aumento da procura de cuidados especializados no SNS – factor demonstrativo de maior acesso a cuidados e da reputação do SNS –, na redução de mortalidades, no controlo de qualidade em saúde, na racionalização das escolhas de terapêuticas, nas acreditações obtidas, na expansão ponderada da rede de cuidados continuados, nos novos hospitais e centros de saúde, na expansão dos meios de cobertura do INEM, nos acordos internacionais firmados e no quadro legislativo é importante lembrar que estamos, paulatinamente, a complementar legislação que aguardava há muitos anos para ser regulada – com casos de Leis que há mais de uma década esperavam pela sua regulamentação – da mesma forma que todo o Governo reduziu drasticamente o número de Directivas Europeias por transpor. Criaram-se as bases para poder prosseguir e é no futuro que nos projectamos.

A pouco mais de um ano do termo da legislatura interessa manter o espírito reformista e acelerar em matérias que, face à necessidade emergente de sanear a situação financeira do SNS, tiveram um tratamento ainda insuficiente. Aqueles que nos acusam de ter perdido oportunidades, esquecem-se de que tivemos de encontrar as oportunidades que outros, antes de nós, tinham deixado perder-se.

A análise do “Risco de Morrer em Portugal”, publicado por INE/DGS ([http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=216382393&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=216382393&PUBLICACOESmodo=2)), referente a 2012, confirma que a maioria das mortes em Portugal ocorre por razões que podem e devem ser modificadas por programas preventivos. Este é um dos focos essenciais dos nossos compromissos para com os Portugueses.

Muitas das actuações são simples e com impacto em mais do que uma causa. Se a maioria dos Portugueses morre de doenças

do foro cardíaco e vascular ou de cancro, então, porque se hesita tanto em apoiar medidas que diminuam muito o consumo de tabaco em Portugal? Se a hipertensão está relacionada com a mortalidade por AVC, entre outras, porque não ser mais interventivo para diminuir o consumo de sal? E se temos mais de um milhão de diabéticos, porque não intervir no consumo de açúcar, na luta contra a obesidade e promover mais exercício físico? Em todas estas áreas, só podemos ser eficazes e tirar proveito do que se fizer, se houver cooperação intersectorial e uma visão política que se projecte para o futuro através da “Saúde em Todas as Políticas”.

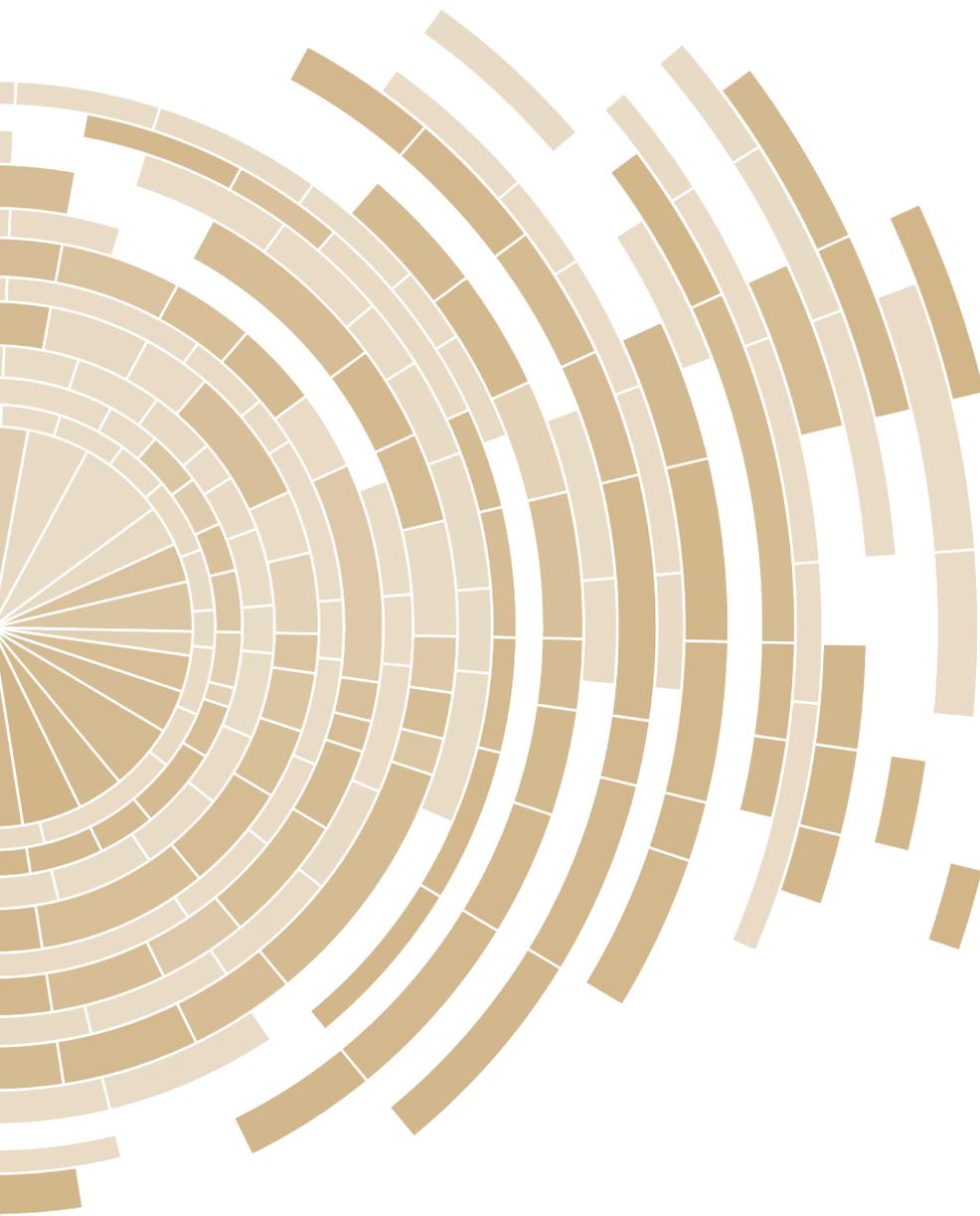
Não basta educar e ensinar. Sendo o conhecimento a base de toda a saúde pública, é preciso saber usar a regulação dos preços, do acesso aos produtos no comércio e da publicidade. A promoção da saúde e a prevenção da doença só funciona se houver acção, coordenada pelo Ministério da Saúde, de todo o Governo. A redução da morbidade e mortalidade por acidentes de viação mostrou o que a cooperação interministerial pode fazer pela saúde.

Vejamos, no enquadramento dos 11 eixos, algumas intervenções que me parecem mais urgentes.

- Temos de aumentar a capacidade de planeamento central e terminar com os regionalismos descoordenados.
- É imperioso completar a distribuição territorial dos serviços de atendimento de emergência e urgência, cuidados primários e continuados que sirvam as populações necessitadas. Tudo isto impõe o aproveitamento do que já existe, nomeadamente em rede viária e trabalhar com as autarquias e sector dos transportes, entre outros. Mas também impõe a caracterização e imposição da “excelência”, a hierarquização dos níveis de cuidados e uma atitude colaborante e de perspectiva nacional dos actores locais e regionais. Um sistema desequilibrado, com demasiados “vazios” de cobertura, não contribuirá para a satisfação das necessidades, das populações. Por outro lado, um sistema demasiado grande e redundante destruir-se-á, provavelmente mais cedo do que muitos imaginam.



- Precisamos de construir uma política de recursos humanos que não seja ameaçada por interesses corporativos, sem deixar de respeitar e aproveitar o conhecimento de quem está no terreno. O mercado de trabalho tem de ser dinâmico para que as assimetrias regionais e a escassez de recursos, sejam ultrapassadas. Da mesma forma, impõe-se regulamentar a formação profissional, incluindo a dos médicos, com intervenção do Ministério da Saúde em conjunto com o da Educação, num contexto pré-graduado e não apenas pós-graduado. Necessitamos de rever e expandir as capacidades de actuação dos diferentes profissionais, a bem da qualidade e da eficiência, embora esta última seja parte integrante da definição de qualidade. É preciso continuar a regular conflitos de interesses, tarefa bem mais difícil do que impor uma



separação forçada entre trabalhadores do sector público e do privado.

- Temos de desenvolver uma cultura de qualidade e segurança em todos os níveis de prestação de cuidados e em todos os sectores da prestação, seja público, privado ou social.
- O Estado tem de ser capaz de financiar investigação independente e útil para os interesses das populações.
- Há que concluir a informatização da informação clínica, concluir a desmaterialização do receituário e prosseguir na senda de registar, monitorizar, analisar e divulgar informação. Neste caminho estamos a trabalhar com instituições internacionais, OMS, UE e OCDE, que nos estão a ajudar para fazermos melhor.
- É necessário avaliar tecnologias de saúde de forma sistemática e tirar consequências dessa avaliação. Temos que

continuar a fixar preços, justos e adequados, em função dos benefícios para a saúde das pessoas e das alternativas existentes. Temos que ir ao ponto de decidir sobre quais as tecnologias que interessam aos utentes do SNS e excluir o que não demonstrar utilidade clínica suficiente. Como consequência, precisamos de um Formulário Nacional de Medicamentos que sustente as decisões da comparticipação de medicamentos. Temos de alargar o universo das NOC e complementá-las com regulamentos que sirvam para impedir a má prática.

- Precisamos de regular melhor para ter maior intervenção do sector privado e social, enquanto elementos complementares do SNS, com uma partilha de risco mais adequada. Temos de rever a forma do financiamento do sistema. Não é mais possível manter um dogma “Beveridgiano” – aquele em que tenho

acreditado e que serve a maioria da população – sem uma adopção, simultânea, de mais práticas próximas de “Bismarck”. Será trabalhoso e exigirá usar bem a capacidade de contratar, regular e avaliar. Mas há ferramentas que já nos permitem, com inteligência e sentido de oportunidade, visitar as experiências dos subsistemas públicos para expandir a rede de prestação pública e responder a áreas de procura onde o Estado não está ou nem deve estar. Protelar esta reflexão pode ditar a ruína do SNS que temos e desejamos manter.

Grande parte de tudo isto está a ser feito e, em alguns casos, ultimado. Na página da DGS (<http://pns.dgs.pt/2014/04/16/iniciativas-instituicoes-ms/>) está disponível uma lista de 1.614 medidas, todas tomadas durante este exercício Governativo, para o Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

E os resultados estão à vista de todos e publicados para serem consultados e comentados; a mortalidade neonatal e abaixo dos cinco anos é das 10 menores em todo o mundo. Morre-se menos. A longevidade da população está a aumentar. Há menos tuberculose. Há menos SIDA. O número de transplantações no primeiro trimestre deste ano aproximou-se do de 2009, o ano de maior actividade transplantadora de sempre em Portugal. Tudo isto com muito esforço que envolveu uma rigorosa gestão de meios para ir, progressivamente, eliminando os desperdícios.

Parte do reconhecimento que Portugal mantém em instâncias internacionais, graças ao seu sistema de saúde, está espelhado na recente escolha do nosso País para integrar o Comité Permanente da OMS Europa que será formalizado em Setembro deste ano.

Na Governação da saúde domina a sensação de estarmos sempre a subir um plano inclinado. Lutamos contra a doença, pelo bem-estar das pessoas e sem olhar a meios ou esforços. Da nossa parte, desistir não está no nosso horizonte. Não será o *establishment* que nos bloqueará o caminho da mudança para melhor. A geração futura não nos perdoaria e aqueles que mais nos querem fazer desistir dos nossos propósitos são os mesmos que um dia, com certeza absoluta, virão a concordar connosco e a reconhecer que o tempo nos deu razão.

# Reflexão sobre Contratualização Recém-Formados por Instituições

João F. Rodrigues

Aluno de MBA em Gestão e Economia da Saúde, Universidade Autónoma de Lisboa; Médico Oftalmologista, HPP Cascais

Autor

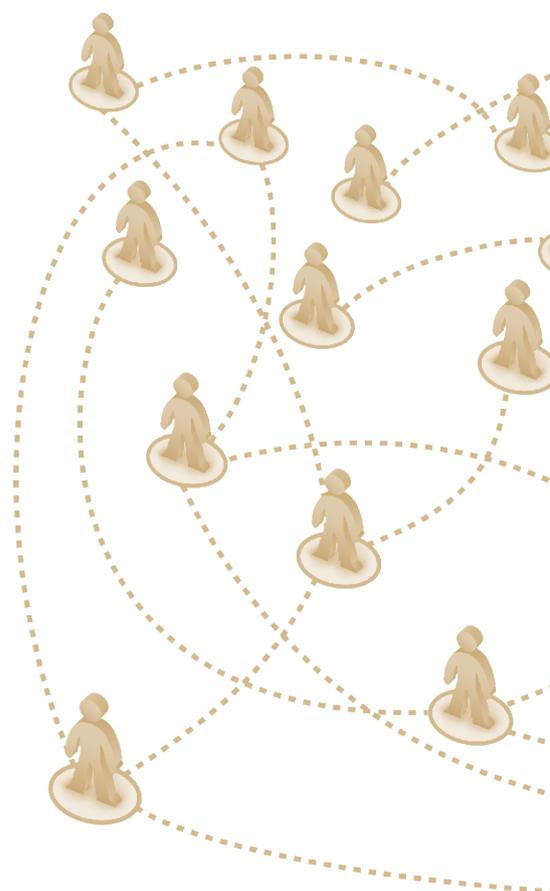
## INTRODUÇÃO

Desde a entrada em vigor do Memorando de Entendimento da *Troika* em Maio de 2011, que estabeleceu objectivos sobre a gestão e reorganização da capacidade de Recursos Humanos (RH) instalada no Sistema Nacional de Saúde (SNS), a política de Saúde da actual governação instituiu a realização de concursos nacionais simplificados para ingresso na Carreira Médica Pública (CMP), com o objectivo de proceder à contratualização de recém especialistas, a par da promoção e alocação de RH em serviços médicos periféricos com escassez dos mesmos identificados pela ACSS. Recorrendo à premissa de que os referidos concursos seriam “fechados” aos recém-especialistas que concluíssem o Internato na 1ª Época (Fevereiro/Março) ou na 2ª Época (Setembro/Octubre) do respectivo ano civil, vedou-se dessa forma a possibilidade de concurso a qualquer outro médico especialista, que concluisse a especialidade no ano ou anos transactos ou que de alguma outra forma mantivesse o vínculo a hospitais públicos há mais tempo, fora da carreira médica, quer sobre a forma de contrato individual de trabalho (CIT) ou prestação de serviço, numa lógica de não valorização – por exclusão – dos *curricula* profissionais e do *know-how* destes médicos inseridos no Serviço Nacional de Saúde.

## DECISÕES DO CAPITAL HUMANO AFECTADO

O molde do concurso de contratação simplificado, resultou em múltiplas e variadas respostas por parte dos médicos recém-especialistas. Assim, verificou-se o seguinte:

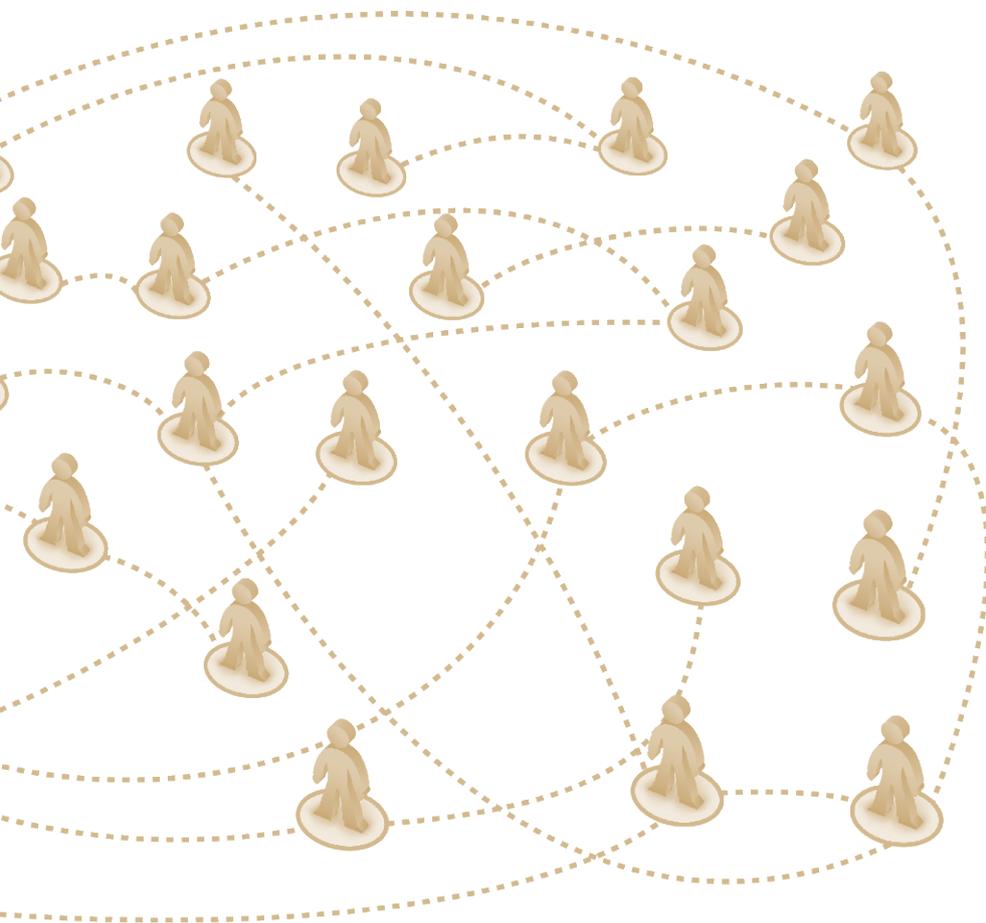
1. Os recém-especialistas que após a formação não puderam optar pela Medicina Privada em exclusividade, por exemplo pela natureza de dependência hospitalar da especialidade, viram-se na inevitabilidade de concorrer;
2. Aqueles que pretenderam continuar ligados ao SNS através de contrato público, isto é, ingressarem na Carreira Médica Pública, concorreram aos serviços médicos identificados como carenciados e periféricos pela ACSS;
3. Os que realizaram a sua formação em serviços médicos identificados como carenciados e periféricos viram-se, também, obrigados a concorrer a vagas de outros serviços periféricos, uma vez que lhes foi vedada a contratação interna pelo hospital ou local de formação, e desta forma desfalcando os mesmos;
4. Por fim, outros optarem por desvincularem-se da Função Pública e permanecerem exclusivamente na Medicina Privada, dedicarem-se a outra área profissional da Saúde ou, ainda, decidiram prosseguir a sua actividade clínica fora do país, representando neste caso uma fuga significativa de capital humano e intelectual do país, após 10 a 12 anos de investimento público, correndo o risco adicional de exclusão de futuros concursos de ingresso na Carreira Médica Pública nos moldes actuais e pelo enquadramento dos mesmos. Isto, independentemente de ao fim de um número variável de anos se encontrarem mais qualificados e de representar uma mais valia a sua reintegração no SNS.



## SOBRE A EFICÁCIA DOS CONCURSOS SIMPLIFICADOS

Da análise sumária dos avisos publicados em Diário da República do triénio 2011-2013 e 1º semestre de 2014, verificou-se que muitos concursos destinados ao preenchimento de vagas em serviços médicos hospitalares identificados como carenciados e periféricos ficaram desertos.

# de Especialistas Médicos Hospitalares do SNS



## PROJECTO ESTRATÉGICO DE GESTÃO E SUSTENTABILIDADE DE RECURSOS HUMANOS MÉDICOS ESPECIALISTAS A NÍVEL HOSPITALAR

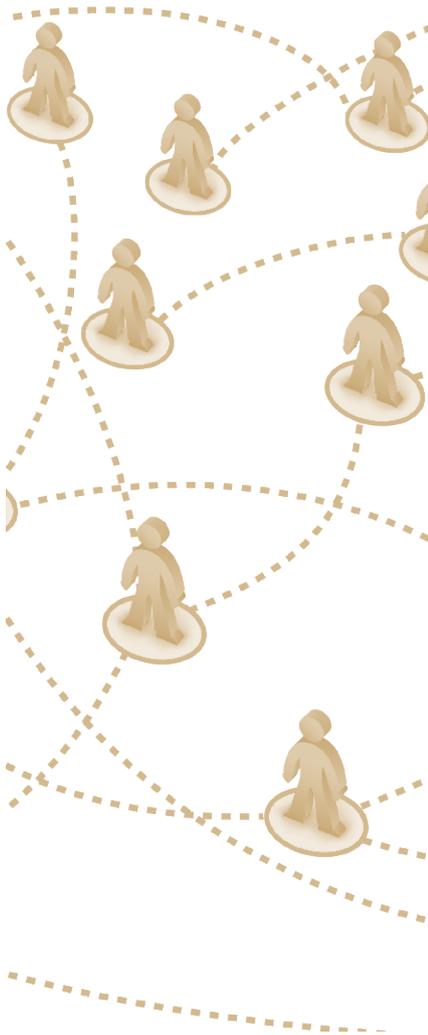
O racional do projecto para uma sustentabilidade duradoura dos Recursos Humanos Médicos SNS que se propõe, respeitante à contratação a nível hospitalar de médicos recém-especialistas, assenta nas seguintes opções:

**Opção 1)** Permanência na Instituição de Formação, com duração igual ao período de formação, ingressando na Carreira Médica Pública (contratação a termo certo, duração de quatro a seis anos dependente da especialidade hospitalar). O disposto nesta opção permite ao recém-especialista dar continuidade ao trabalho desenvolvido durante o Internato Médico, aprofundando conhecimentos e aptidões no seu local de formação; prestar formação a novos internos da especialidade, num esquema de retroalimentação e autorrenovação, o que representa uma solução natural à saída de especialistas graduados ou sénior, por aposentação, morte ou para a Medicina Privada. Esta questão constitui actualmente um problema identificado na assistência formativa em virtude do crescente número de licenciados em Medicina que acedem ao Internato Médico da Especialidade. Por outro lado, a instituição de formação pode ser à partida considerada carenciada e periférica, o que promove o reforço do quadro médico da mesma.

**Opção 2)** Por decisão do próprio e por intermédio de concurso público, contratação por Serviço Médico Hospitalar identificado como carenciado e periférico para a res-

A propósito, a opção de descentralizar a vida profissional por imposição tem consequências óbvias na vida pessoal/familiar do jovem médico especialista, não sendo o garante da sua fixação nas regiões periféricas do país a longo prazo, enviesando desta forma o propósito primordial de constituir e reforçar de forma permanente e duradoura quadros médicos em serviços médicos ca-

renciados e periféricos. Fazendo eco das opiniões expressas pelos recém-especialistas, financeiramente é pouco atractivo o vencimento mensal e o horário semanal de 40 horas sem exclusividade proposto, alegando que estas condições não lhes permite significativa margem de manobra para complementar os seus rendimentos de forma mais satisfatória com actividade privada.



pectiva especialidade, com duração igual ao período de formação (contratação a termo certo, duração de quatro a seis anos dependente da especialidade hospitalar). Contempla a decisão do médico recém-especialista abraçar um novo projecto de formação continuada num serviço carenciado e periférico, por motivação pessoal.

**Opção 3)** Desvinculação do SNS por iniciativa do próprio, com período máximo de inibição de concorrer durante um ano, contemplando a hipótese de concorrer ao mapa de vagas dos Serviços Médicos Hospitalares identificados como carenciados e periféricos pela ACSS no ano seguinte ou em concurso especial de vagas não ocupadas pelo contingente de médicos especialistas recém-formados. Esta opção possibilita ao mesmo, por exemplo, um período “sabático” para subespecialização em área profissional ou realização de estudos académicos adicionais (pós-graduação/MBA, Mestrado

ou Doutoramento). Caso a ausência seja superior a dois concursos seguidos ao mapa de Serviços Médicos carenciados e periféricos, deverá ser promovida a realização de uma avaliação curricular para que o especialista possa concorrer.

A) Em caso de rescisão do contrato celebrado nas opções 1) e 2), ao recém-especialista aplicar-se-ia o disposto na opção 3 deste projecto; a rescisão de contrato, por motivo pessoal (familiar, doença, outro), deverá permitir ao especialista a reintegração nos moldes definidos pela opção 3, respeitando a equidade e universalidade de acesso à Carreira Médica Pública.

B) Concluído o período de contrato com duração igual ao período de formação na Instituição de Formação ou em Serviço Médico Hospitalar identificado como carenciado e periférico, o especialista poderia requerer:

1. Contrato a termo indeterminado num Serviço Médico Hospitalar identificado como carenciado e periférico integrante da ARS da área hospitalar em que se encontra; Partindo da premissa de que este projecto contempla na prática uma extensão do período de formação médica continuada por igual período de formação – de acordo com a especialidade hospitalar entre quatro e seis anos –, a contratação a termo indeterminado proporciona estabilidade contratual constituindo uma forma de premiar o especialista caso a opção assente na continuação do vínculo à Instituição Hospitalar do SNS;
2. Desvinculação definitiva das Instituições Hospitalares do SNS. Caso o especialista assim o entenda, pode então optar por outra saída profissional, incluindo a prática da Medicina Privada. Neste caso, o médico especialista dotou o quadro da Instituição Hospitalar do SNS por um período garantido de quatro a seis anos após formação, dependendo da especialidade hospitalar em causa, o que permite ao sistema formar novos recém-especialistas e dessa forma retroalimentar o mesmo em termos de Recursos Humanos qualificados.

## CONCLUSÕES

A proposta de projecto apresentado tem, a meu ver, como principais virtudes:

1. Melhoria da sustentabilidade e estabilidade de Recursos Humanos Médicos no SNS, através da promoção da formação continuada dos recém-especialistas e reforço da capacidade formativa do SNS de médicos internos da especialidade, numa lógica de retroalimentação e autorrenovação do Capital Humano;
2. Melhor equidade e universalidade de acesso à Carreira Médica Pública de médicos recém-especialistas, contemplando maiores excepções em resposta às diferentes opções do percurso profissional;
3. Ajudar a contrariar e a minimizar a saída de Capital Humano e Intelectual do país;
4. Financeiramente, não implica aumento da despesa com Recursos Humanos Médicos em relação ao actualmente previsto e orçamentado para o Ministério da Saúde, aproveitando da melhor forma a Tabela Salarial actual resultante do acordo de 2012 para a Carreira Médica Pública;
5. O projecto tem uma concepção *Win-Win*, i.e., todos ganham: a Gestão de Recursos Humanos Médicos, o SNS, a Economia nacional e, principalmente, as populações necessitadas de cuidados de Saúde com maior qualidade e sustentabilidade.

## BIBLIOGRAFIA

- Carvalho, M. J. (2013) *Gestão em Saúde em Portugal – Uma década perdida*. Porto: Vida Económica – Editorial, S.A.
- Cunha, M. P. et al. (2010-2012) *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. 2ª Edição Revista e Corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Fernandes, J. V; Barros, P. P. (2012) *Um Ano Depois da Troika na Política de Saúde*. Lisboa: Principia Editora, Lda.
- Site da Sociedade Portuguesa de Gestão & Saúde ([www.spgsaude.pt](http://www.spgsaude.pt))
- Site Ordem dos Médicos ([www.ordemosmedicos.pt](http://www.ordemosmedicos.pt))
- Site Sindicato Independente dos Médicos ([www.simedicos.pt](http://www.simedicos.pt))

# Um Excelente Modelo de Gestão Mal-Amado Desde a Nascimento

Mário Jorge Carvalho  
Mestre em Gestão

Autor

Quem vive na gestão sabe que isto acontece por vezes – quase sem contar nem prever, tomam-se decisões e elegem-se opções que, *a posteriori*, se vêm a revelar como nucleares e estruturalmente incontornáveis na vida das organizações.

Na última década, para espanto quase generalizado dos profissionais, os políticos e os burocratas na saúde tomaram a mais improvável e imprevisível decisão que, muitos de nós, consideramos como a mais notável do período – a criação das unidades de saúde familiar (USF).

O mais curioso é que ainda a legislação inicial não tinha sido apreendida e já eles se arrependiam notoriamente da decisão – pela razão óbvia que era tão revolucionária que poderia vir a pôr em causa todo o pensamento único tradicional e vigente no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português.

Por isso, se demoraram eternidades a regulamentar o modelo; por isso, a imediata criação de uma apertada estrutura de controlo e supervisão; por isso, as quase ridículas, por pormenorizadas, condições logísticas para o seu funcionamento; finalmente e por isso, a aprovação a contagotas das respectivas licenças e alvarás de funcionamento.

Pior ainda e já depois, quase tudo parece ter sido feito para desmotivar e fazer desistir os profissionais da saúde que apostaram no modelo, nomeadamente em termos de contratualizações absurdas de objectivos assumidamente inatingíveis pelos próprios decisores e protelamento absurdo do pagamento dos incentivos devidos.

Os profissionais das USF tudo isso suporta-

ram – e chegam hoje, com imenso mérito, à posição de prova provada de um modelo de gestão que, da saúde à educação, deveria servir de suporte à tal reforma do Estado, ridícula e ignorantemente maltratada pelos políticos e burocratas.

Mas, no fundo, o que os fez e faz realmente tremer no exemplo das USF?

É que as USF provam à sociedade o paradigma estratégico fundamental de uma administração pública moderna e competente: ninguém está mais habilitado a gerir as “*unidades de negócio*” (?) do Estado que os seus próprios profissionais, no terreno e conhecedores do entorno em que elas se movimentam e oferecem os seus serviços.

Os políticos e os burocratas na saúde desde sempre confundiram gestão com liderança, menorizando ou burocratizando esta última por forma a não perderem o domínio da respectiva gestão consolidada – a Avenida João Crisóstomo, em Lisboa, nunca achou bem abdicar, nem que fosse por razão menor, de ser o grande conselho de administração do SNS português!

O profissional que passa do Centro de Saúde para uma USF é diferente? É melhor? É mais competente? Naturalmente que, como em tudo na vida, havendo excepções, não é esse o ponto nuclear da discussão – o que se passa é que o profissional da USF assume, por inteiro e sem interferências, a responsabilidade de liderar um projecto que se pretende autónomo, responsável e assumido. Enfim, estamos perante um exemplo paradigmático de uma “*unidade estratégica de actividade*”, gerida por quem acredita no puro e participado empreendedorismo e no risco de uma opção que tem de ser vencedora.

Como é óbvio, tudo quase ainda se faz para dinamitar esta opção dos profissionais da saúde e o principal constrangimento é a contratualização interna de objectivos.

De facto, enquanto se não abrirem as janelas de par em par e limpar o pó acumulado na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e nas administrações regionais de saúde (ARS) nesta matéria, jamais conseguiremos chegar a um resultado satisfatório.

Porquê? Por uma razão linear que, no fundo, todos conhecemos mas vai contra a manutenção à *outrance* dos poderes constituídos: não há dois doentes iguais e muito menos há, entre cinquenta especialidades diferenciadas, médicos equiparáveis – daqui que, obviamente, dificilmente haverá duas USF iguais.

É, portanto, um autêntico crime gestor tornar a avaliação de desempenho em excelência e a contratualização interna de objectivos em matrizes globais de aferição, cega às especificidades dos mercados servidos, dos serviços efectivamente prestados e das competências realmente detidas.

Alguns de nós andamos há quase dez anos a defender isto. Alguns de nós já desistiram. A maioria de nós, percebendo muito bem o que está por detrás da obstinação centralista, lamenta a falta efectiva de respeito pelo trabalho excepcional dos profissionais que, apesar de tudo, tratam os seus doentes com uma competência sem paralelo.

Enfim, e voltando aos políticos e burocratas na saúde... não seria possível eliminá-los, já que não conseguem deixar de ser o factor mais disfuncional da gestão da saúde em Portugal?

# Do Modelo de Bismarck ao Beveri o Modelo de Saúde Português...

Cristina Carrondo

Estudante de Doutoramento de Saúde Pública, Mestre em Sociologia da Saúde e Licenciada em Cardiopneumologia

Autor

No decurso da recente saída da *Troika* em Portugal importará ter presente algumas das medidas e metas acordadas entre o Governo e a *Troika* quanto à reforma estrutural da saúde. É urgente assegurar um debate sobre esta questão magna assumindo-se a divergência de opiniões sempre relevante à volta do tema. Ao mesmo tempo que a população portuguesa recebia o comunicado do nosso primeiro-ministro, através da comunicação social, sobre a “saída limpa” do programa de assistência, os funcionários públicos recebiam a notícia que no próximo ano de 2015 terão que contribuir sobre salários e pensões 3,5% para Assistência na Doença aos Serviços civis do Estado (ADSE) e 0,2% para a Caixa Geral de Aposentações (CGA). É sabido que a ADSE, no ano de 2013, abrangia 1.332.666 trabalhadores e aposentados da Função Pública e respectivos familiares. Os outros subsistemas de saúde, dos militares (ADM) e forças de segurança (SAD) abrangiam 32.367 e 43.049, respectivamente, os reformados e respectivos familiares mais de 200.000. Somados os três subsistemas ultrapassa 1,6 milhões de portugueses, restando cerca de 9 milhões abrangidos exclusivamente pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS)<sup>1</sup>. As divergências de opiniões à volta dos subsistemas são conhecidas; uns argumentam que se deve proceder à sua liquidação, outros consideram que não deve haver transferência do Orçamento do Estado para o SNS, como forma de controlar os custos. E, como resposta a este último, apenas 7.582,10 milhões de euros serão transferidos este ano, menos 300,4 milhões do que no ano de 2013<sup>1</sup>.

Perante esta obscura temática é pertinente compreender como o modelo de saúde português está estruturado e, de que forma influencia a prestação de cuidados de saúde. Será feita uma breve abordagem histórica dos principais modelos de saúde que serviram de inspiração à organização do serviço de saúde público português. Para poder ser desenvolvido o tema, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os modelos de saúde, através da procura de documentos e dados estatísticos.

Há pouco mais de dois séculos com a revolução industrial surgiu o primeiro sistema de saúde alemão denominado modelo de sistema nacional de saúde de Bismarck, que teve início em 1883. Mais tarde, em 1948, emergiu o sistema de saúde mais influente, o serviço nacional de saúde inglês, designado como modelo de Beveridge<sup>2</sup>. Os modelos assentam no princípio de que o acesso aos cuidados de saúde não depende da capacidade de pagar dos cidadãos mas apenas da necessidade, pelo que a contribuição depende do rendimento<sup>3</sup>. A baixa produtividade associada à doença, o impacto de doenças na ambiência das guerras e a intervenção política de movimentos socialistas na Europa, constituíram factores relevantes relacionados com o surgimento dos sistemas de saúde<sup>4</sup>.

Nas últimas décadas, os sistemas de saúde têm sido pressionados pela incapacidade de corresponder às expectativas da população. As pressões surgem ao nível macroeconómico e conjunturais (factores políticos, ideológicos, sociais, históricos, económicos e culturais) e ao nível da doença, pela modificação do padrão de doença, com o au-





mento das doenças crónicas e degenerativas (incapacitantes), sendo necessário disponibilizar tratamentos e tecnologias onerosas<sup>5</sup>. No modelo Bismarck existe uma aproximação efectiva e mais expressiva aos valores de mercado, com a utilização de mecanismos de tipo-mercado e um conjunto de actores privados. As funções do Estado assentam nos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e da prestação de cuidados, com medidas de contenção de custos, acreditação, qualidade de serviços prestados, na gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para aqueles que não usufruem de sistemas de seguros. Este modelo existe nomeadamente na Alemanha, França, Áustria, Holanda e Bélgica. No modelo Beveridge, o Estado é a entidade central do sistema com introdução de diferentes tipos de gestão da administração pública, estabelecendo parcerias com o sector privado e/ou optando por mecanismos de tipo-mercado. Os poderes públicos estão directamente envolvidos no planeamento e na gestão dos serviços de saúde. Este modelo baseia-se no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório via impostos. Seguem este modelo os países Reino Unido, Irlanda, Suécia, Itália, Dinamarca e Espanha<sup>6</sup>.

O modelo de saúde português rege-se por um modelo misto baseado num seguro social e num financiamento misto através da colecta fiscal nacional ou regional, via Orçamento de Estado<sup>7</sup>, ou seja, desfruta de um financiamento público e privado, sendo que o financiamento privado é muito superior à de países com um sistema baseado no SNS<sup>8</sup>. A contribuição para o SNS é feita

de acordo com o rendimento mensal dos trabalhadores e das empresas e, de acordo com a despesa. De salientar, que esta contribuição não é específica para a saúde. Contrariamente aos países europeus, em Portugal, a principal receita fiscal é originada pelos impostos indirectos, enquanto nos outros países os impostos directos são a principal fonte de receita do Estado<sup>3</sup>. Adicionalmente, o sistema de cuidados de saúde português caracteriza-se pela existência de outros sistemas de cobertura: os subsistemas de saúde (ADSE, ADM e SAD), e os sistemas de seguros de saúde privados voluntários<sup>9</sup>. Ambos desfrutam do SNS! Isto é, podem escolher entre o SNS e os subsistemas, podendo mesmo utilizar ambos. Não é por acaso, que se verifica frequente recorrência destes beneficiários aos serviços de saúde públicos hospitalares para usufruírem da prestação de alguns tratamentos, nomeadamente oncológicos, repetição de exames complementares de diagnóstico e cirurgias complexas, mais onerosas, após a utilização de serviços prestados por privados. Não menos grave, a existência de unidades privadas convencionadas com o Estado, administradas por grupos bancários, que tendem a discriminar os beneficiários do SNS e da ADSE para determinados tipos de consultas e exames de diagnóstico.

Relativamente aos seguros de saúde privados estão subscritos 10% da população e 7% está coberta por fundos mútuos. Estes últimos são financiados através de contribuições voluntárias, sendo organizações sem fins lucrativos que oferecem cobertura limitada para consultas, medicamentos e cuidados hospitalares<sup>9</sup>.

A necessidade de saúde de uma população manifesta-se na procura constante de cuidados de saúde, que em conjunto com o incremento do Produto Interno Bruto (PIB), o desenvolvimento tecnológico e o envelhecimento da população implica quantidades acrescidas na despesa do sector da saúde. Nas últimas décadas, os gastos com a saúde têm crescido de forma exponencial nos países da União Europeia (UE). Esta tendência tem sido mais forte no nosso país do que na média dos países da UE, sobretudo pela pressão crescente dos gastos públicos<sup>3</sup>.

Finalmente, a chave para a compreensão

desta problemática estará no modelo de saúde utilizado em Portugal. Valerá a pena fazer uma reforma do processo de saúde com a adopção de ideias concretas adoptadas à nossa sociedade e, não simplesmente perfilhar medidas alheias provenientes de outros países. Dada a experiência e a aquisição de novos conhecimentos e informações dispomos dos instrumentos necessários para fazer essa reforma. Não devemos insistir na teoria conservadora da dependência de padrões pré-estabelecidos, o percurso terá que ser outro!

#### BIBLIOGRAFIA

1. Rosa, E. (2014). A Destruição dos subsistemas de saúde, o aumento da degradação do SNS, e a criação de mercado para privados. <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documents/2014/4-2013-adse.pdf>
2. World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance. Geneva.
3. Simões, J. et al. (2007). Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Relatório final, Fevereiro.
4. Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, 4: 79-90.
5. Miguel, JP e Bugalho, M. (2002). Economia da Saúde: novos modelos. *Análise Social*, 166:51-75.
6. Simões, J. (2004). Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho. Coimbra.
7. Barros, PP e Gomes, JP. (2002). Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar, e eficiência no sistema hospitalar português. Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa. <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-I-12/BARROS-2002.pdf>
8. Oliveira, M. e Pinto, C.G. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14: S203-S220.
9. Figueiras, J. et al (2004). Snapshots of health systems. European Observatory on Health Systems and Policies.

# O Reconhecimento do Utente como Co-Produtor de Resultados em Saúde

Teresa Esquerdo

Mestre em Estudos Económicos e Sociais, Doutoranda em Ciências Empresariais

Autor

No âmbito da economia de serviços, o sector da saúde é um dos que mais tem crescido ao longo das duas últimas décadas. A escassez de recursos e o aumento da procura de cuidados de saúde (Pai e Chary, 2013), associado ao reconhecimento do utente como membro participante na produção de resultados em saúde (Nordgren, 2009), colocam desafios às organizações prestadoras de serviços de saúde em geral e aos serviços públicos de saúde, em particular. Neste contexto, tem-se verificado a necessidade de reorganização das organizações de saúde, implicando a adopção de modelos de gestão capazes de fomentar novos valores e de encorajar uma cultura orientada para os resultados e centrada no utente. Esta dinâmica, tem evidenciado a importância da qualidade e da integração da perspectiva do utente na avaliação do serviço que lhe é prestado, pelos diferentes profissionais de saúde. Na verdade, verifica-se que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem suscitado, nos últimos anos, interesse crescente, quer ao nível dos decisores políticos e das administrações, quer ao nível dos profissionais de saúde e principalmente, ao nível dos próprios utentes.

O modelo tradicional do sector público, caracterizava-se por uma padronização na prestação de serviços aos cidadãos sendo estes beneficiários passivos pelo facto de não terem influência na qualidade dos serviços que lhe eram prestados. Hoje, a realidade é bem diferente. O cidadão assume um protagonismo ao envolver-se no processo de concepção e de prestação dos serviços criando desta forma valor (Vargo

e Lusch, 2008). A investigação em torno desta temática, está associada à “*The Nordic School of Service Management*” e é designada de “*co-creation of value*” (Grönroos, 2008). De acordo com esta nova abordagem no âmbito do marketing de serviços, o cidadão é reconhecido como membro participante na produção de resultados juntamente com outros intervenientes no processo que se pretende assente numa visão sistémica. Impõe-se assim, que os responsáveis pelas organizações desenvolvam esforços efectivos no sentido da compreensão das necessidades e expectativas do cidadão (Atinga, Abekah-Nkrumah e Domfeh, 2011), desempenhando um papel mais proactivo ao nível da gestão. Incorporar o ponto de vista dos utentes nos modelos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde permite; identificar necessidades potenciais de melhoria, áreas de actuação prioritária e diagnosticar oportunidades para a construção de um serviço de excelência e centrado no utente. Na verdade, níveis mais elevados de cuidados de saúde centrados nos utentes, estão frequentemente associados a melhores resultados ao nível da saúde (Nordgren, 2009). Actualmente, num grande número de países, incluindo em Portugal, verifica-se um ambiente de reforma dos sistemas de saúde em que questões como; a equidade, a justiça e a gestão de prioridades, são debatidas tanto pelo poder político como pela sociedade civil. Neste sentido, cada vez mais, os utentes, enquanto destinatários directos dos cuidados de saúde, têm “uma palavra a dizer”, apresentando-se como parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão. De acordo com esta perspectiva de aborda-



gem, identificar as percepções dos utentes relativamente ao serviço prestado é primordial tendo em conta que permite aos gestores direccionar os recursos de forma assertiva, no sentido da melhoria contínua da qualidade do serviço e consequentemente, da satisfação do utente e do aumento da confiança pública nos sistemas de saúde.

## BIBLIOGRAFIA:

- Atinga, R.A., Abekah-Nkrumah, G. e Domfeh, K.A. (2011). “Managing healthcare quality: a necessity of patient satisfaction”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 7 No. 24: 548-563.
- Grönroos, C. (2008). “Service logic revisited: Who creates value? And who co-creates?”, *European Business Review*, Vol. 20 Nº 4: 298-314.
- Nordgren, L. (2009) “Value creation in health care services – developing service productivity: Experiences from Sweden”. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 22 (2): 114 – 127.
- Pai, Y.P. e Chary, S.T. (2013). “Dimensions of hospital service-quality dimensions: a critical review – Perspective of patients from global studies”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26 (4): 308-40.
- Vargo, S. L., e Lusch, R. F. (2008). Why “service”? *Journal of the Academy of marketing Science*, 36(1), 25-38.

# A Saúde Depois da *Troika*

Margarida Cortez  
Escola Nacional de Saúde Pública

Autor

**A**pós três anos de programa de assistência financeira<sup>1,2</sup>, o programa de ajustamento chegou ao fim e teremos a mesma abordagem que a Irlanda com uma “saída limpa” e o envio de “carta de intenções”.

Vários sectores da sociedade sofreram alterações, e a redução do défice foi acompanhada de um grande esforço de austeridade associado a uma desaceleração da economia que se fazia sentir também, fora das fronteiras nacionais.

O documento de estratégia orçamental, enquadra a política que o Governo irá seguir a médio prazo com o intuito de reduzir os défices orçamentais do Estado e assegurar a consolidação orçamental.

Apesar das contas públicas no sector da saúde estarem mais equilibradas, há um défice de 126 milhões, dívidas e algumas metas do memorando que não foram atingidas. Veja-se então o novo regime de taxas moderadoras, o custo do medicamento em Portugal, as reformas nos cuidados de saúde primários, a revisão do regime laboral, além das dívidas acumuladas e aquisição centralizada de medicamentos, dispositivos médicos e vacinas.

Deste modo, o défice no sector da saúde reduziu de 833 milhões de euros, em 2010, para 126 milhões de euros, em 2013.

A grande questão que se irá colocar nos próximos tempos no sector da saúde, será o de se pensar que o investimento na saúde é um custo ou será um investimento também noutros sectores como a coesão social, territorial e crescimento económico? Será que poderemos pensar que em Portugal como no resto da Europa por





cada euro investido na saúde, há quatro euros de retorno?

As alterações a nível macro tal como o financiamento, políticas de privatização e outras orientações políticas e institucionais, permitem uma melhor definição das políticas públicas no sector da saúde, tanto em Portugal como no resto da Europa.

A proximidade da prestação de cuidados transfronteiriços resultante da transposição – PL 206/XII da *Directiva 2011/24/CE* e *Directiva de execução 2012/52/CE*, provém da interconectividade dos sistemas de saúde através da UE, da circulação de doentes e profissionais do sector da saúde associada ao grande desenvolvimento que teve o sector assim como das tecnologias que lhe são inerentes.

O desafio será o esclarecimento “*national contractpoints*” relativos ao acesso e reembolso de serviços de saúde na UE, prestação de serviço de saúde de alta qualidade, assegurar a conectividade entre os diferentes sistemas de saúde europeus no interesse do doente além da sustentabilidade dos serviços de saúde prestados.

Numa altura em que muito se fala da *reforma do Estado* na era do pós *troika*, nomeadamente no sector da saúde, será necessário que ela seja eficiente, inteligente e democrática. Pretendendo-se deste modo, reforçar as relações que permitem o crescimento económico, estabilidade e responsabilidade fiscal associada a mercados a funcionar e competitivos.

Estas reformas também podem ser socialmente pró-activas, com qualidade na governação e instituições menos burocráticas, mas consolidadas. A transparência associada

à capacidade de monitorização e de avaliação da implementação das medidas tomadas no sector da saúde permitem avaliar melhor a performance no sector. Esta abordagem permite uma gestão no sector da saúde mais eficaz, eficiente e efectiva, mais acessível com melhor informação para o doente, melhor prestação de serviços e construir parcerias com áreas de governação interactiva e participativa.

Em Portugal<sup>3</sup> há um consenso alargado, acerca da necessidade de coesão e estabilidade no sector de bem-estar social assim como de crescimento económico associado à sustentabilidade e solidariedade inter-geracional. Há espaço para melhoria, tanto na organização como na gestão do sector público mas será que em ambiente de recursos escassos, poderá haver lugar a melhores resultados?

Uma reforma para ser eficiente terá que promover o desenvolvimento e crescimento económico associado à eficiência organizacional assegurada que esteja a sua sustentabilidade.

Assim serão os próximos tempos de reforma e de agenda para a construção de um *Melhor Estado* que possa trazer estabilidade no sector da saúde e crescimento da economia.

#### BIBLIOGRAFIA

1. [http://economico.uploads/memorando-troika\\_04-05-2011.pdf](http://economico.uploads/memorando-troika_04-05-2011.pdf)
2. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2014/cr14102.pdf>
3. The Road to Growth: A Medium-Term Strategy for Portugal 2014

# A Teoria Baseada nos Recursos na

Baltazar Fernandes

Autor

Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pelo ISCTE e Doutorando do 3.º ano de Ciências da Comunicação, na Universidade do Minho. Actualmente exerce a actividade de Gestor dos Serviços

Assim, reflectindo no potencial desta máxima proposta por Dave Weibbaum<sup>1</sup> o talento e o esforço são duas potencialidades que se podem conjugar. Contudo, numa lógica de competitividade estas duas potencialidades, que podem ser obtidas a partir de qualquer recurso, devem ser talentosamente geridas e muitas vezes cautelosamente guardadas.

Alguns autores definem os recursos, como activos específicos de uma organização, que são difíceis, senão impossíveis de imitar, dando como exemplos os segredos comerciais<sup>2</sup>, a especialização e competências em determinadas áreas de difícil aprendizagem<sup>3</sup> (Teece, Pisano & Shuen, 1997:509-533).

Para Wernerfelt (1985), recurso é qualquer coisa que pode ser pensada como um ponto forte ou fraco de uma dada organização. De acordo com o autor, as organizações conseguem vantagens competitivas se adquirirem ou desenvolverem recursos superiores ou conseguindo uma combinação superior de ambos, relativamente aos concorrentes que também estão posicionados nos mesmos segmentos de mercado.

Não podemos falar da teoria baseada nos recursos sem falarmos do contributo de Edith Penrose<sup>4</sup> e a focalização que centrou nas vantagens competitivas destes. Para esta autora a organização constitui uma entidade integrada por pessoas e outros meios necessários à sua actividade, capazes de garantir a sobrevivência da organização para além dos seus fundadores, fundamentando a sua afirmação com referência às organizações centenárias que ainda hoje resistem às adversidades dos tempos modernos.

O principal ingrediente que a autora sus-

tema é a criação de valor centrado no conhecimento, que a jusante vai gerar valor acrescentado e consequentemente novas oportunidades de negócio, garantindo autonomia à organização para enfrentar as incertezas do curto prazo e as adversidades que o mercado impõe.

Ora, não há conhecimento sem aprendizagem e para que o conhecimento se torne um activo intangível tem que ser partilhado por canais fluidos e transversais a toda a organização fazendo mesmo parte da sua cultura e garantindo a capacidade de inovar e diferenciar.

Assim, quando as organizações criam produtos únicos, desenvolvendo capacidades únicas e competências próprias, tornam os recursos mais competitivos e sustentáveis em contextos de mercado.

A teoria baseada nos recursos reconhece as especificidades de cada organização, focalizando a oferta em detrimento da procura, ao invés do que a teoria neoclássica<sup>5</sup> nos propõe. A ideia central desta teoria que associa os conceitos de criação de conhecimento e aprendizagem organizacional, para de forma conjugada partirem à conquista da vantagem competitiva, sustentável e diferenciada, centrada nos recursos e nas suas superiores qualidades, de forma a garantir o futuro da organização face as demais concorrentes do mercado.

Todavia, este pressuposto implica que os recursos não sejam facilmente replicados e transaccionados. Assim, garantida a dificuldade de replicação e da transferência dos recursos superiores estão criadas as condições para a garantia das vantagens competitivas que podem originar diferenças subs-

tantivas face às organizações concorrentes.

Importa assim aqui, também dizer, que quando um activo se torna objecto de substituição difícil ou impossível, não se pode considerar, só por isso, um activo de vantagens competitivas superiores mas antes “activo crítico<sup>6</sup>”, porque a sua saída, pode eventualmente trazer dificuldades acrescidas à organização, dificultando ou bloqueando, a cadeia de produção.

Desta forma se uma organização neste caso, um hospital, depende muitos recursos num determinado projecto altamente diferenciado, conduzido apenas por um colaborador, é provável, que este se torne num recurso altamente apetecível pelas organizações que sentem as mesmas dificuldades. Por outro lado podemos também dizer, que as competências superiores de um recurso dependem do seu contributo para as vantagens distintivas da organização, que se por um lado reforçam as suas potencialidades, por outro lado aumentam a dependência desta (organização), relativamente a este recurso que em determinado contexto pode mesmo propiciar determinados tipos de abusos. Para Rugman e Verbeke (2002), a emergente influência desta teoria pode dever-se à polivalência de ingredientes que a incorporam da área da economia, estratégia, logística e comunicação. Assim, um recurso distintivo deve possuir os seguintes atributos:

- Precisa ser superior, detendo capacidades distintivas face aos concorrentes;
- Deve ser escasso entre as organizações, particularmente nas que operam no mesmo sector;
- A sua replicação deve ser difícil e nunca deve ser perfeita;

# Gestão em Saúde

SE NÃO PUDER DESTACAR-SE PELO TALENTO, VENÇA PELO ESFORÇO

Dave Weinbaum

de Urgência, na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE



- Devem ser eliminados os substitutos estrategicamente equivalentes e facilmente replicáveis (Barney, 1991).

O recurso capaz de criar vantagem competitiva e sustentável é socialmente complexo (Barney, 1991). O aspecto que melhor explica a dificuldade de imitação deve estar ligado à sua escassez, ou dificuldade de obtenção, garantida pelo controlo de acesso ou uso exclusivo, tais como registo de marca, propriedade exclusiva, a destacar de entre outros (Rumelt e Lippman, 1982). A dificuldade de imitação deve estar também

associada à dificuldade de transferência dos recursos entre organizações e à incerteza dos investimentos na sua obtenção.

Para Mathews (2003), os recursos da organização podem ser entendidos como sendo o núcleo fundamental para gerar valor sustentado. Estes recursos não existem desagregados, mas interligados dentro de um dado contexto organizativo, que levam a organização a alcançar resultados superiores para os seus accionistas, tais como retorno sobre investimento, retorno sobre activos e fluxo de caixa líquido.

A partir do trabalho de Penrose (1997) outros autores como Wernerfelt (1984) também começaram a analisar as organizações a partir dos recursos, ao invés de centrar a análise nos seus produtos, o que permitiu abrir novas perspectivas para a estratégia organizacional.

Já antes, Barney (Barney e Hesterly, 1996:133) tinham desenvolvido este paradigma transformando a visão baseada nos recursos numa teoria completa, suportada em dois pressupostos básicos respeitantes às capacidades e aos recursos da organização:

- 1.º Os recursos e as suas competências podem evoluir, de forma significativa na organização, isto é, o pressuposto da heterogeneidade da organização;
- 2.º Estas diferenças permanecem estáveis, ou seja, o pressuposto da imobilidade de recursos e das competências.

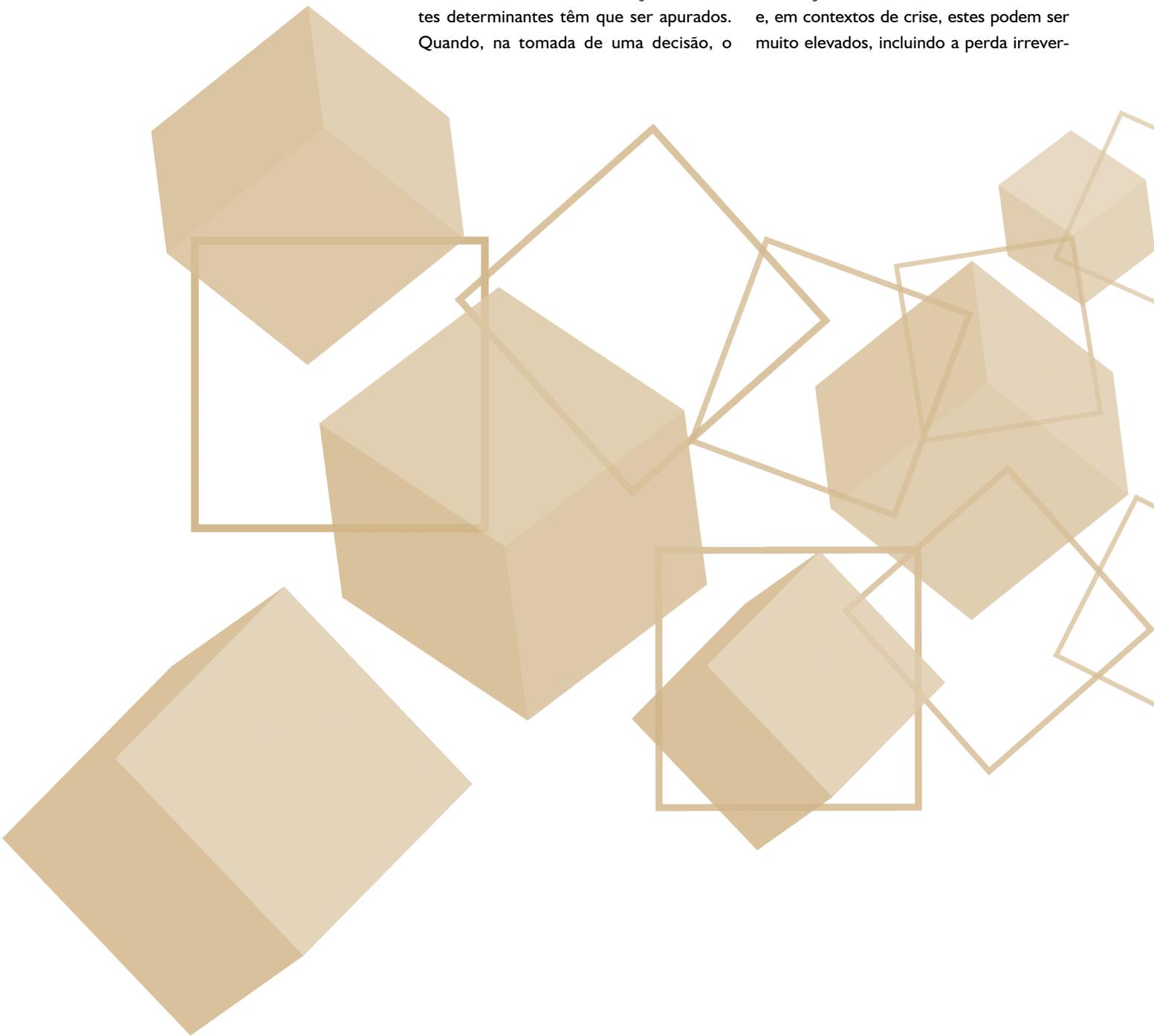
Assim, face ao exposto podemos afirmar que a teoria baseada nos recursos diverge da teoria económica tradicional, já que nesta, as diferenças entre as organizações são tratadas como fruto do acaso em detrimento das vantagens competitivas dos recursos.

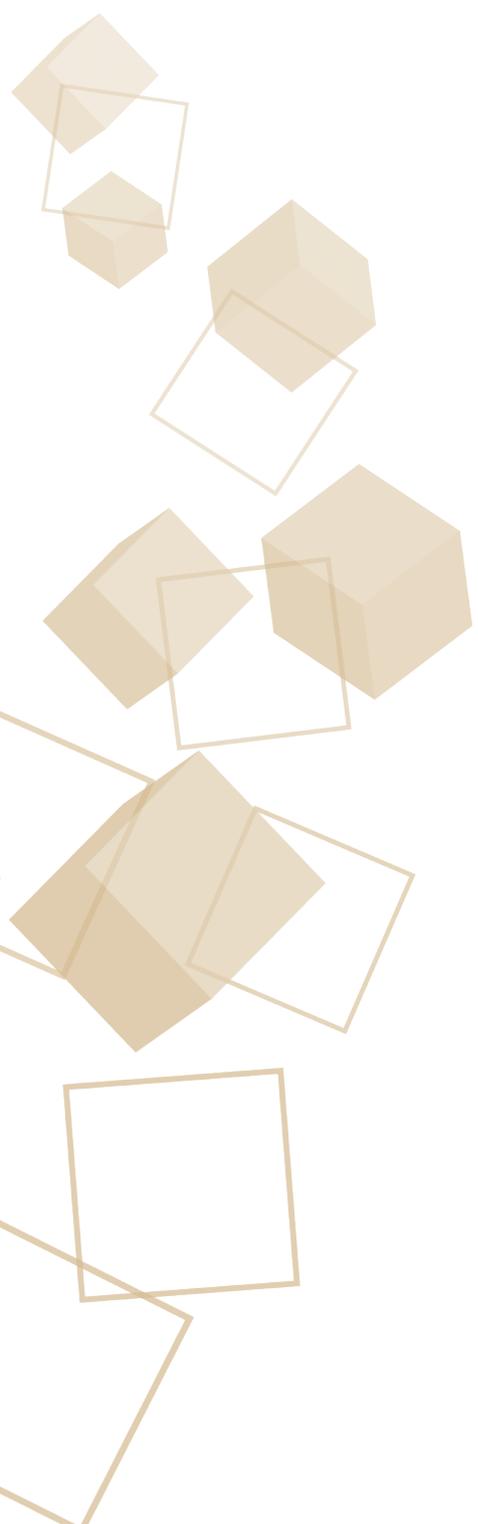
A principal consequência dos pressupostos desta teoria é que a diferença de desempenho entre as organizações, ou melhor, a obtenção de vantagens competitivas, é explicada pela heterogeneidade superior dos recursos. Isto significa que a fonte básica para a vantagem competitiva e distintiva, são os recursos e competências que estes detêm, que devem ser desenvolvidas e controladas pelas organizações, particularmente quando estes são elementos escassos e valiosos, ao ponto de se tornar impossível a sua substituição.

Ora, em contextos de mudança, todos estes determinantes têm que ser apurados. Quando, na tomada de uma decisão, o

conhecimento constitui a variável mais importante, é aconselhável que a autoridade de quem decide e a capacidade de decisão coincidam. Podemos fazer coincidir o conhecimento e autoridade de decisão de duas maneiras: uma é deslocando o conhecimento para os que possuem o poder de decisão, outra é deslocando o poder de decisão para os que detêm o conhecimento. Esta foi a opção escolhida pela gestão da qualidade total.

A transferência de saberes não é instantânea. As pessoas levam tempo a assimilar a informação. Estas dificuldades têm um custo e, em contextos de crise, estes podem ser muito elevados, incluindo a perda irrever-





sível de oportunidades, não fazendo, por vezes, qualquer sentido o seu investimento. Problemas difíceis e específicos de transferência de informação acontecem, quando a melhor tomada de decisão exige a integração específica de conhecimentos, localizados em indivíduos, que trabalham afastados uns dos outros. A integração de conhecimentos para concepção de um novo produto e a difusão no mercado da sua disponibilidade, é disto um bom exemplo.

Ao nível das organizações de saúde a falta de visão gestonária na agenda de recursos, leva a uma completa desregulação da sua transacção. A relação competitiva entre as organizações públicas e privadas é agressiva e tensa. Em algumas especialidades altamente diferenciadas como é o caso da radiologia, o espaço dos privados tem vindo a monopolizar os recursos, vendo-se depois as organizações públicas na necessidade de recorrer a estes serviços a custos desproporcionados em sistema de *outsourcing*, ou outros tipos de prestação de serviços.

Mas o inverso também é verdadeiro. Então, depois de toda a integração normativa que decorre desde finais de 2002, no sector Empresarial do Estado, que tornou a gestão das organizações públicas mais flexível e célere, permitindo promover a concorrência, centrada na estratégia da vantagem competitiva baseada nos recursos, nomeadamente em especialidades altamente diferenciadas, como bem acontece nalguns centros de reconhecida idoneidade neste País.

Na realidade e como bem se percebe, os recursos de capacidades superiores partilham-se entre grandes hospitais públicos e privados, por vontade e determinação destes e, não como resultado conseguido de alguma estratégia para o sector.

#### NOTAS

1. Filósofo e pensador Norte-Americano
2. A bibliografia cita frequentemente a fórmula da Coca-Cola. Portugal é referência nos moldes de vidro e em parte do calçado.
3. Na realidade trata-se do princípio de diferenciação ou especialização.
4. Edith Penrose, nascida a 15 Novembro 1914 em Los Angeles morreu no dia 11 Outubro 1996 em Waterbeach, Cambridgeshire, foi uma proeminente economista americana. Diplomada em 1939, acompanhou o marido em Gèneve no Instituto Internacional de Trabalho. A autora escreveu o seu primeiro livro, *Economics of the International Patent System*, publicado em 1951. Edith Penrose obteve o seu Ph.D. na Universidade Johns Hopkins e desenvolveu a sua tese sobre a orientação do economista austríaco Fritz Machlup.
5. As necessidades do mercado tendem a

equilibrar a economia e há pleno emprego, ou seja, porque há equilíbrio entre a procura e a oferta.

6. Habitualmente são pessoas que detêm competências únicas mas, essenciais ao encadeamento do processo de produção. Num hospital um exemplo típico será o caldeireiro, num estaleiro de grande dimensão o serralheiro-mecânico.

#### BIBLIOGRAFIA

- BARNEY, J. B, HESTERLY, W. (1996) *Organizational Economics: understanding the relationship between organizations and economic analysis*. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; HAMEL G. C.K. P, (1994) *Competing for the Future*, Harvard: University Press.
- LIPPMAN, S.; R. P. RUMELT (1982). "Uncertain imitability: An Analysis of Interfirm Differences in Efficiency under Competition." *Bell Journal of Economics* 13:418-453.
- MATTHEWS, J. J. (2003) *The Situatedness of Learning: A Phenomenographical Study of the Personal and Professional Learning of Post and Under Graduate Students*. University of Sheffield, Department of Educational Studies.
- PENROSE, E. (1997) *The Theory of the Growth of the Firm*. In: FOSS, N. J. *Resources, firms, and strategies: a reader in the resource-based perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- PORTER, M. (1989) *A Vantagem Competitiva das Nações*, Rio de Janeiro: Editora Campus.
- RUGMAN, A.M. & VERBEKE, A., 2008, "A New Perspective on the Regional and Global Strategies of Multinational Services Firms", *Management International Review (MIR)*, vol. 48, n.º 4, pp.397-411.
- TEECE, D. J. (1992). "Competition, Cooperation, and Innovation: Organisational Arrangements for Regimes of Rapid Technological Progress." *Journal of Economic Behavior & Organization* 18 (1): 1-25.
- TEECE, P., S., A., (1997) *Dynamic Capabilities and Strategic Management*, in *Strategic Management Journal*, Vol. 18, No 7, 1997 pp.509-533.
- TEECE, D. J. (2009). "Business Models, Business Strategy and Innovation." *Long Range Planning*.
- WERNERFELT, B. (1984) *A resource-based view of the firm*. *Strategic Management Journal*. v.5, n.2, pp. 171-180.

# O Cliente em Saúde: Abordagem “O Cliente Não tem Sempre Razão”

Diana Mendes, Neuza Reis  
Instituto de Ciência da Saúde, Universidade Católica de Lisboa

Autor

## RESUMO

Esta abordagem tem como principal objectivo fazer uma reflexão sobre o conceito de cliente em saúde. Para tal foi tida como base a obra de Paulo Balreira Guerra – “O cliente não tem sempre razão, mas tem sempre emoção”. A reflexão tem início com o enquadramento conceptual do tema, uma curta referência a alguns aspectos legais em saúde, como a Lei de Bases em Saúde seguido de uma interpretação da obra supramencionada e, por último, a reflexão sobre o conceito no âmbito de saúde. Nesta abordagem entenderam-se as instituições prestadoras de cuidados de saúde como palco de uma interacção muito específica, nomeadamente, devido à vulnerabilidade do cliente cuja necessidade de serviço está associada a uma necessidade básica em saúde e a expectativa associada que um processo de cura, nem sempre possível.

## INTRODUÇÃO

Este artigo original pretende essencialmente fazer uma reflexão sobre o cliente em saúde e também a forma como habitualmente é ou deveria ser atendido enquanto cliente de um serviço – cuidados de saúde. A metodologia utilizada assenta sobretudo numa revisão de literatura obtida através de bases de dados electrónicas e numa aprofundada reflexão e relação com uma obra – “O cliente não tem sempre razão, mas tem sempre emoção” de Paulo Balreira Guerra. Desta forma, começar-se-á com a definição e clarificação dos conceitos mais utilizados e, ulteriormente, o estabelecimento da sua relação com a temática em foco.

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No contexto da saúde, assim como noutros, considera-se que o cliente é a razão de ser de qualquer empresa. Logo a postura adequada é de que prevalece o primado do cliente (Camara et al., 2001). Esta premissa torna-se clara em cada missão de uma empresa prestadora de cuidados de saúde.

Pode considerar-se que o primado do cliente é um pré-requisito para a qualidade total fazendo a diferença entre o êxito e o fracasso da maioria dos serviços. Opera também a diferença entre a competência ou incompetência de um profissional, fazendo a diferença em muitos casos na sobrevivência das empresas.

Por sua vez, do latim *cliens*, o termo cliente permite fazer alusão à pessoa que tem acesso a um produto ou serviço mediante pagamento. A noção tende a ser associada a quem recorrer ao produto ou serviço em questão com assiduidade, ainda que também existam os clientes ocasionais (ou pontuais).

No contexto que se aborda, a palavra cliente pode ser usada como sinónimo da pessoa que compra os serviços de saúde, utilizador (a pessoa que utiliza o serviço de saúde) ou consumidor (quem consome um produto ou serviço). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) o termo Cliente é utilizado como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem (designações como: utente, doente, paciente ou consumidor de cuidados, dependendo do contexto do utilização). A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser

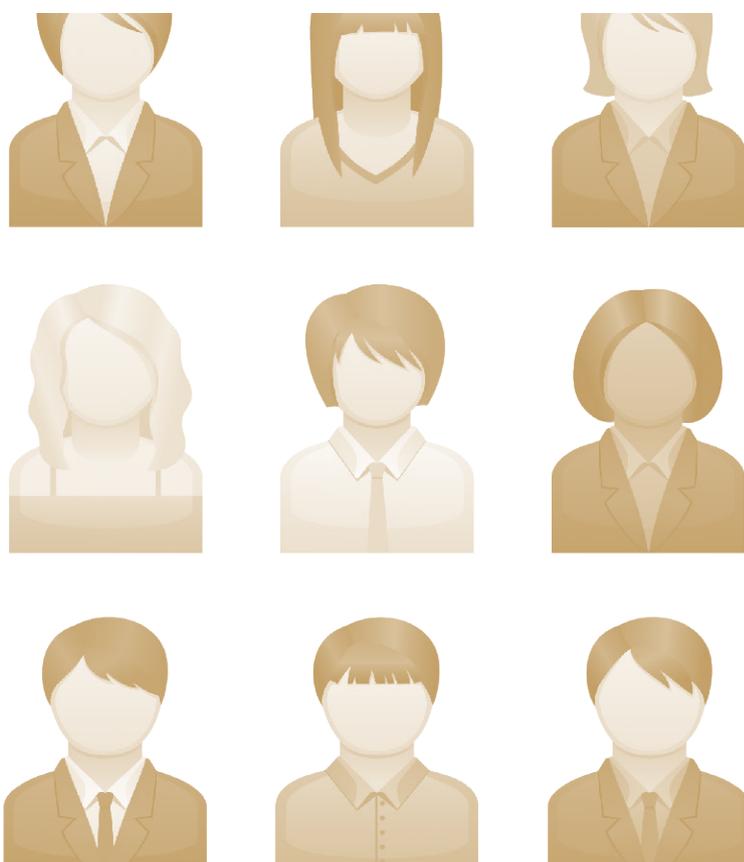
único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...).

Ao abordar o conceito razão, considera-se a definição do Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora, é a faculdade de reflectir/reflexionar, o argumento que se alega para sustentar algo, o motivo ou a causa. Não seria correcto falar em razão sem se falar em emoção e, segundo Damásio (2008) as emoções estão envolvidas no processo de decisão, “a emoção bem dirigida parece ser o sistema de apoio sem o qual a razão não pode funcionar eficazmente”.

Outro conceito de extrema importância para esta reflexão é Serviço, segundo Lovelock (2009, p.8) “Um serviço é um acto ou desempenho oferecido por uma parte a outra (...) frequentemente de natureza intangível e não resulta normalmente na propriedade de quaisquer dos factores de produção (...) cria valor e proporciona benefícios a cliente em horários e locais específicos.”

Neste contexto poderá ser interessante recordar as principais características dos serviços que, segundo Cota (2006) são: *intangibilidade* – portanto impossibilidade de tornar físico e não resulta na propriedade de nada; *inseparabilidade* – a produção do serviço e a sua entrega ao cliente são processos simultâneos; *heterogeneidade* – a prestação do serviço difere consoante o cliente, é resultado da variabilidade que caracteriza o serviço, depende de factores como onde e quando o serviço é prestado; e, *percebibilidade* – os serviços são passíveis de acabar e não podem ser armazenados. Após recordar estes conceitos, foi tomada como ponto de partida para esta reflexão a obra de Paulo Balreira Guerra – “O clien-

# com Base em mas tem Sempre Emoção”



te não tem sempre razão, mas tem sempre emoção”. Esta apresenta uma abordagem bastante interessante sobre o cérebro do cliente e o seu comportamento durante o acto de prestação de um serviço.

Em pleno século XXI, a grande preocupação não será somente em encontrar razão ou não do cliente, pois este poderá até não ter razão. O grande desafio, na actual competitividade empresarial e que se começa a sentir na saúde, reside na análise comportamental do cliente.

Centrados no cliente, compreendendo e

respeitando a sua emoção, o seu sentimento, é possível entender os seus comportamentos dirigindo o atendimento para a sua satisfação e fidelização.

## DIREITOS E DEVERES DOS CLIENTES EM SAÚDE

Abordando os direitos e deveres dos clientes em saúde deve-se, inicialmente, enunciar o direito à protecção da saúde consagrado no n.º 1 do Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa. Este direito encontra-se concretizado em termos de exercício por

cada cidadão na lei de Bases da Saúde (Deodato, 2012). Assim na Base V pode ler-se Direitos e Deveres dos Cidadãos:

1. Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover.
2. Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.
3. É reconhecida a liberdade de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes da lei, designadamente no que respeita a exigências de qualificação profissional.
4. A liberdade de prestação de cuidados de saúde abrange a faculdade de se constituírem entidades sem ou com fins lucrativos que visem aquela prestação.
5. É reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços.

Contudo é na Base XIV da lei de Bases da Saúde que se encontra definido o “Estatuto do utente”. Nesta consagram-se os direitos e prescreve os deveres destinados às pessoas que são clientes das entidades prestadoras de cuidados de saúde (Deodato, 2012).

1. Os clientes têm direito a:
  - a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;
  - b) Decidir receber ou recusar a presta-

- ção de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
- c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito;
  - d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
  - e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
  - f) Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
  - g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;
  - h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
  - i) Constituir entidades que colabo-

rem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

2. Os clientes devem:

- a) Respeitar os direitos dos outros clientes;
- b) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos;
- c) Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;
- d) Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;
- e) Pagar os encargos que derivem da

prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

3. Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.

#### LEIS DO ATENDIMENTO AO CLIENTE

A linha de pensamento sobre o cliente e o seu comportamento durante a prestação do serviço surge como um novo contributo para vários estudos já realizados nesta área para compreensão do comportamento do cliente e ajustar e melhorar o serviço. Pode também considerar-se que se trata de algo absolutamente transversal às mais diversas áreas da prestação de serviços.

O reconhecimento anteriormente referido das características do serviço irá permitir uma melhor compreensão da obra em questão. Ao longo do livro são utilizados alguns exemplos complementados com ex-



plicações biofisiológicas e psicológicas para a gestão das expectativas, motivações e comportamentos do cliente. No entanto, para esta reflexão, será crucial o enfoque nas “sete leis da razão e da emoção na prestação do serviço ao cliente e os seus princípios”.

A lei do **início e final feliz** assenta em três principais premissas: *não há uma segunda oportunidade para causar uma boa primeira impressão; importância de uma última impressão; sorria está a ser gravado pelo cliente*. No contexto da saúde, qualquer uma destas afirmações é absolutamente relevante, na abordagem inicial ao cliente deve ser desde logo estabelecida uma relação/interacção que permita desenvolver confiança entre o cliente e o prestador de serviço/profissional de saúde. Caso não seja estabelecida, todo o processo de prestação de cuidados pode estar dramaticamente comprometido. É de extrema importância o profissional de saúde despedir-se do cliente sobretudo se for uma situação de internamento, pois este momento de prestação de serviço poderá ter continuidade noutro dia e verá assim reforçada a relação de confiança e realçada (na mente do cliente) a sensação de preocupação. Quanto à última premissa, o profissional de saúde vê-se constantemente em situação passível de avaliação de terceiros, quer na interacção directa com o cliente, quer na interacção com outros clientes que possa ser observada por outro, pelo que todas as acções e reacções contam e ficam muitas vezes gravadas na memória dos clientes, condicionando a sua percepção do serviço e futuras experiências.

Como segunda lei a considerar **lei da inteligência emocional**, esta, por sua vez, baseia-se em quatro pressupostos: a *autoconsciência emocional*, *autogestão emocional*, *consciência social* e *gestão relacional*. No plano da saúde ter *autoconsciência emocional* é indispensável, pois só o conhecimento pessoal permite plenitude, disponibilidade e competência para se relacionar com o cliente (certamente mais vulnerável do que em qualquer outro contexto de prestação de serviços). É imperativo que o prestador de serviços/profissional de saúde reconheça das suas emoções para conseguir relacionar-se adequadamente com os outros. No entanto, mais do que conhecer, exige-se que o prestador seja capaz de gerir as suas emo-

ções, para que consiga ultrapassar situações menos positivas sem se colocar numa situação desconfortável e sem, obviamente, alterar a percepção do cliente. A *consciência social* vai mais além da gestão das próprias emoções, sugerindo que é relevante o prestador ler as emoções do cliente para que possa ajustar o processo de prestação de cuidados à acção do cliente, muitas vezes recorrendo a uma ferramenta que habitualmente reconhecemos como empatia. Por último, mas ainda no âmbito emocional, considera-se o princípio da *gestão relacional*, este pressupõe a utilização da inteligência interpessoal do prestador para desenvolver a capacidade de actuar de acordo com as emoções do cliente.

A terceira lei é a do **boomerang emocional**, baseada em três premissas: *o corpo é o espelho da alma; contágio emocional e epidemia emocional*. Grosso modo, esta lei relembra ao prestador de serviço que os clientes serão para ele aquilo que ele for para eles, o que vem reforçar a importância da lei anterior da inteligência emocional. Assim, *o corpo é o espelho da alma* recorda o prestador que o que se passa no seu interior (do ponto de vista emocional) é visível no exterior, muitas vezes por aspectos alusivos à comunicação não-verbal (tom de voz, movimentos, postura). Quanto ao *contágio emocional* o prestador deverá ter em conta que as suas emoções podem contagiar o cliente e vice-versa, portanto, há um processo de influência mútua. Por exemplo, a tristeza de um cliente com uma doença de prognóstico reservado pode contagiar o profissional de saúde, alterando o seu estado emocional e, até fazendo-o lembrar a situação de um familiar igualmente doente. Por último, a *epidemia emocional* que, não apenas sustenta a premissa anterior, como demonstra a sua transversalidade para outras pessoas que podem não estar directamente envolvidas no processo de prestação de serviços, particularmente em saúde, a abrangência da família do cliente ou dos restantes profissionais de saúde. Realça-se assim a transmissão em cadeia que as emoções podem alcançar. A quarta lei é a da **hipersuasão** que é constituída por seis princípios base: *não há “não comunicação”*; *calibragem emocional*; *sincronização – copiar para liderar*; *poder das palavras certas*; *poder no não-verbal* e *escu-*

*ta activa*. Esta lei prevê que o prestador de serviços deve preocupar-se não só com o que está a dizer, mas também e ainda mais com o “como” está a dizer e “como” tem que actuar, atendendo ao impacto que está a ter no cliente. Primeiramente, o prestador deve estar consciente que é impossível não comunicar e que mesmo um momento de silêncio, consoante o contexto e comunicação não-verbal que o acompanha, pode transmitir diversas e contrárias mensagens para o cliente. Em saúde um momento de silêncio na prestação de cuidados pode corresponder a uma má notícia, um mau prognóstico ou pode ser sinónimo de compreensão de uma determinada emoção/situação do cliente. A *calibragem emocional* é uma expressão muito interessante pois revela a importância de respeitar a emoção do cliente, ou até mais do que isso, o prestador do serviço deverá demonstrar ao cliente esse respeito. Essa atitude na área da prestação de cuidados de saúde pode corresponder a uma etapa muito significativa da conquista da confiança do cliente para, por exemplo, adesão a um tratamento. O princípio da *sincronização – copiar para liderar*, revela que num relacionamento interpessoal, como pode ser o processo de prestação de um serviço, a natureza humana tende para que haja uma sincronização de postura e de comportamento. No entanto, este acto de sincronização não é linear e, habitualmente, passa por duas fases, uma em que o prestador funciona como um espelho para o cliente e posteriormente, outra em que promove algumas alterações calibradas para poder liderar e conduzir o cliente. O *poder das palavras certas* manifesta-se pela relevância da linguagem verbal no processo de prestação de um serviço, mas também pela congruência dos componentes não-verbais que acompanham essa mensagem transmita ao cliente. Uma vez que o serviço é intangível, são as palavras que permitem ao cliente ir criando/construindo a sua percepção do serviço. Durante todo este jogo de palavras, o prestador de serviço deve ter em conta aspetos como a personalização, clareza de linguagem, segurança demonstrada, cortesia e exclusão de vícios linguísticos. Este princípio transportado para a relação profissional de saúde-cliente é muito relevante pois permite ao cliente apreender mais informa-

ção sobre o seu nível de saúde, com menos erros ou falhas de dados, ficando seguro da individualização dos cuidados de saúde que lhe estão a ser prestados, reduzindo a ambivalência de sentimento. O *poder do não-verbal* tem vindo a ser comprovado por diversos autores que muitas vezes revelam que o impacto da componente não-verbal da comunicação é superior ao da componente verbal. Desta forma, o prestador de serviço deve ter um conhecimento de si bastante aprofundado por forma a trabalhar e apostar na emissão de comportamentos não-verbais positivos, que sustentem a empatia e que promovam a relação com o cliente rumo à sua satisfação. Em saúde estes aspectos podem influenciar significativamente a prestação de cuidados que condiciona de forma directa a evolução do cliente no seu processo saúde-doença. O princípio da *escuta activa* permite ultrapassar a barreira do termo ouvir, aprofundando-o para escutar, o que implica um processamento da informação transmitida (com tratamento e interpretação do ponto de vista cognitivo e emocional). A *escuta activa* é sustentada por comportamentos verbais e não-verbais do prestador de serviços para o cliente.

A quinta lei é a da **reclama-acção**, através desta lei subentende-se a intenção do cliente que pretende uma alternativa de acção e que apenas quer saber aquilo que o prestador de serviço pode fazer nesse sentido, muitas vezes esta intenção é acompanhada de um nível de tolerância muito reduzido. Os três princípios inerentes a esta lei são: *beco sem saída*; *estoiro do balão* e *perguntar para actuar*. Relativamente ao *beco sem saída* refere que se o prestador de serviço diz ao cliente que não há nada que possa fazer para o satisfazer o cliente vai sentir-se perdido e desesperado. Se o contexto for uma instituição de saúde imagine-se uma doença em fase terminal em que o profissional de saúde comunica ao cliente que não tem mais nenhum tratamento de cura para lhe oferecer. Considere-se um cliente que foi operado e que teve uma complicação durante a cirurgia que o obrigou a permanecer mais dias internado do que o esperado e agora o profissional de saúde, embora exímio na sua actuação vai informar o cliente de que está com uma infecção – o cliente está sob pressão e com mais esta informação, vai *estoiar*

o *balão* e rebentar emocionalmente. Este cliente já não tinha capacidade de receber mais informação e numa situação deste tipo uma possível estratégia poderia ser ajudar o cliente e “esvaziar um pouco o balão” e só depois introduzir mais informação e mais variáveis à sua situação. O último princípio considerado nesta lei é *perguntar para actuar* que consiste em perguntar ao cliente e oferecer alternativas para compreendê-lo e dar-lhe a melhor resposta, mesmo que isso demore um pouco mais de tempo.

A sexta lei apresentada nesta obra é o **cliente manda** e é sustentada por três princípios: *a relação sustenta a qualidade do serviço*; *o cliente é rei* e *tudo conta*. No que diz respeito à afirmação que a *relação sustenta a qualidade do serviço* deve ter-se em conta que os critérios de avaliação do serviço são sobretudo objectivos e emocionais, cada interacção é única e dependente de factores específicos do cliente e do prestador de serviços. Em saúde pode focar-se novamente o estabelecimento de uma relação de confiança cliente-profissional de saúde, se esta relação for positiva o profissional avisa o doente do atraso na realização de um exame e há tolerância da parte do cliente. O *cliente é rei*, é único, tem necessidades específicas e pretende e deve ser venerado e respeitado. Neste princípio, pode considerar-se também a importância das expectativas do cliente, em saúde este princípio está inteiramente relacionado com alguns conceitos como individualidade, privacidade, intimidade e equidade. O cliente ser rei significa que a sua necessidade pode ser apenas de obter uma informação e não de carácter emergente, mas deve ser satisfeita com a mesma prontidão e com a mesma atenção que uma necessidade fisiológica de outro cliente rei. O processo de prestação de serviços é complexo, repleto de detalhes, mesmo o que pode parecer um pormenor, para o cliente poderá ser de extrema relevância e condicionar dramaticamente a sua percepção do serviço. O conjunto de acções que constituem o serviço não corresponde a uma soma das partes, mas a um *continuum* de momentos de interacção únicos. Numa ida a uma consulta médica tudo conta: o tempo que demorou a chegar à clínica/hospital, a facilidade em estacionar, como foi abordado na recepção,

o conforto da cadeira onde está sentado enquanto espera, o tempo de espera para entrar no consultório ou até o ambiente da sala de espera... e ainda nem entrou para a consulta... *tudo conta!*

A sétima e última lei a ser abordada nesta reflexão é a **lei do paradoxo**. Esta lei tem por base três premissas: *o cliente não tem*



*sempre razão*; *o cliente tem sempre emoção* e *na compreensão da emoção do cliente encontramos a razão do seu comportamento*. O princípio de que *o cliente não tem sempre razão* sugere que, de uma forma geral, o que comanda o comportamento do cliente são as suas razões emocionais, logo os seres humanos podem perfeitamente ter comportamento irracionais nesta linha condutora. O cliente *tem sempre emoção* indica que no comportamento do cliente está sempre presente a emoção, contudo devido a mecanismos e variáveis específicas do cliente e

da situação, nem sempre é explícita. Muitas vezes os critérios emocionais sobrepõem-se à lógica racional no momento de avaliar o serviço, daí que seja imperativo promover no cliente um saldo emocional positivo. No campo da saúde este princípio pode passar não pela cura em si no processo de saúde-doença mas pelo conforto emocional e



pelo conforto em relação à abordagem da equipa de profissionais de saúde. Por sua vez, no *princípio na compreensão da emoção*, encontramos a razão do comportamento se considerar um patamar mais complexo de actuação. Este exige do prestador de serviços a capacidade de entender e respeitar o porquê da emoção do cliente, não se trata de um exercício fácil e requer e mobilização de vários domínios referidos em leis abordadas anteriormente com os aspectos alusivos ao autoconhecimento e gestão de emoções e de relações interpessoais. Trata-

-se de reconhecer a emoção do cliente e inferir a lógica do comportamento que está a manifestar naquele momento. Imagine-se num contexto de prestação de cuidados de saúde, um cliente é agressivo com o profissional e desadequado agredindo-o verbalmente, neste caso espera-se do profissional que seja capaz de tentar perceber o que levou o cliente a ter aquele comportamento tão desadequado (que pode ser motivado pelo medo da doença) recuperando o cliente em todo o processo de prestação do serviço – cuidados de saúde.

#### DISCUSSÃO

Tal como se pode concluir anteriormente a saúde pode ser entendida como uma área de prestação de serviços na qual o *core business* são os cuidados de saúde. O facto de esta ser uma área muito sensível da prestação de serviços deve ser obrigatoriamente referenciado numa abordagem sobre o cliente. Este aspecto é sustentado pelas particularidades associadas aos clientes que procuram os cuidados de saúde. À partida, quem procura cuidados de saúde, mesmo que não esteja efectivamente doente, tem algum desequilíbrio no seu processo de saúde-doença o que lhe confere, *a priori*, alguma vulnerabilidade em todo o processo de prestação de serviços. A juntar a esta variável de carácter tão importante, surge a expectativa. No mercado de prestação de serviços há uma tendência para que os níveis de exigência dos clientes sejam crescentes e para que as suas expectativas relativamente a qualquer serviço sejam consideravelmente elevadas. No entanto, na área da prestação de cuidados de saúde, o patamar atingido por estas expectativas é ainda mais elevado, acontece muitas vezes que esta expectativa do cliente está associada à cura (o que pode não ser alcançável). Por se tratar desta área, o cliente encontra-se também salvaguardado por um enquadramento legal específico, como foi referido, principalmente pela Base XIV da Lei de Bases da Saúde que clarifica de forma objectiva os direitos e deveres do cliente em saúde.

Muitos são os pontos específicos que os prestadores de cuidados de saúde devem ter em conta em cada interacção com o cliente. Ainda assim, são também muitos os

princípios gerais da prestação de serviços que podem e devem ser aplicados à saúde. Este é um aspecto reflectido ao longo deste artigo, através da referenciação das sete leis da razão e da emoção na prestação de serviços enunciadas por Paulo Balreira Guerra no seu livro.

É realmente interessante que todas estas sete leis possam ser aplicadas à dinâmica de uma instituição prestadora de cuidados de saúde que pretenda, de forma efectiva, acrescentar valor ao serviço que coloca à disposição do cliente.

A conjugação dos aspectos legais e destes aspectos estudados sobre os serviços podem permitir uma abordagem mais completa e adequada às necessidades, motivações e expectativas de cada cliente. Não podendo em nenhum momento esquecer que o cliente em saúde tem, habitualmente, um nível de tolerância a falhas no processo de prestação de serviço muito menor, visto que qualquer falha pode ter à partida alguma implicação na sua saúde ou bem-estar. É com base nestes vários pontos que se pretende salientar a importância de uma possível mudança de paradigma nas instituições de saúde, sobretudo da perspectiva actual do conceito de utente para a perspectiva futura do conceito de cliente em saúde.

#### REFERÊNCIAS

1. CAMARA BP. *et al.* "Humanator – Recursos Humanos e sucesso empresarial" Publicações D Quixote, 2001.
2. COTA, B. (2006) – Manual de Marketing de Serviços (1.ªed). Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa.
3. DAMÁSIO, "O sentimento de Si" Publicações Europa América, 2008.
4. DEODATO, Sérgio "Direito da Saúde" Almedina, 2012.
5. DEODATO, Sérgio, "Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade". Almedina. Março, 2008.
6. GUERRA, Paulo – "O cliente não tem sempre razão, mas tem sempre emoção!" Edições Sílabo. 1ª. ed. Lisboa, 2011.
7. LOVELOCK, C., WIRTZ, J. (2009) – Services Marketing (6.ªed).U.S.A.: Pearson Education Hall.
8. VIEIRA, Margarida; "Ser Enfermeiro – da paixão à proficiência", Campus do Saber - Nº16. 2ª ed. 2008.



## Notícias

### Ministro da Saúde Garante que Serviço Nacional de Saúde Teve Mais Fundos nos Últimos Três Anos

“O SNS teve mais fundos nestes três anos do que nos três anteriores. Sobre isso não haja qualquer dúvida”, afirma Paulo Macedo na Comissão de Saúde da Assembleia da República. Paulo Macedo sublinha que “sobre este facto é aritmética”

e não permite divergências. “O país, na altura de maior crise, conseguiu pôr mais fundos nos hospitais, mais fundos no Serviço Nacional de Saúde, dos quais em 2012 e 2013 cerca de dois mil milhões de euros adicionais”, remata.

Fonte: RTP Notícias, 26 de Junho de 2014

### Quase todos os Hospitais Avaliados pelo Regulador têm Excelência Clínica

A grande maioria dos 128 hospitais avaliados pela Entidade Reguladora de Saúde (ERS), cumpre critérios de qualidade em termos de excelência clínica, segundo o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) hoje divulgado. Actualmente estão abrangidos pelo SINAS 162 hospitais dos sectores privado, público e social, mas apenas 128 se submeteram avaliação da dimensão de excelência clínica, dos quais 106 (83%) demonstraram cumprir os requisitos de qualidade exigidos pela ERS, tendo alcançado a “Estrela”, correspondente ao primeiro nível de avaliação. Seis não obtiveram “Estrela” por não terem fornecido dados suficientes para a avaliação ou por estarem ainda em fase de organização dos dados, e 16 “declinaram a avaliação”, não tendo enviado quaisquer dados.

Fonte: Lusa/Sapo Notícias, 16 de Junho

### Código de Ética Revisto dá Mais Liberdade de Expressão

Nova proposta de código de ética já está em consulta pública. Ministério permite que sejam reveladas as informações de acordo com as regras dos códigos deontológicos das profissionais. Médicos já podem receber presentes de cortesia ou com valor insignificante.

A primeira versão do documento lançou a polémica, foi alvo das críticas da Ordem dos Médicos e um dos motivos, além dos atrasos no cumprimento do acordo assinado há dois anos, que levou a Federação Nacional dos Médicos a avançar para uma greve de dois dias.

Fonte: Diário de Notícias, 27 de Junho de 2014

### Classificação dos Hospitais e “Lei da Rolha” Na Base da Greve dos Médicos

A paralisação foi convocada pela Federação Nacional dos Médicos para o início de Julho. Não conta, para já, com a adesão do Sindicato Independente (SIM). “Fizemos uma exigência da revogação da portaria 82/2014, que se refere à classificação dos hospitais e que, no fundo, destrói muito do Serviço Nacional de Saúde e nós somos contra isso. O ministro diz que isto não é para ser aplicado, mas então,

nesse caso, exigimos a sua revogação”, começa por explicar Pilar Vicente.

“Também é importante para nós o que foi rotulado como a ‘lei da rolha’, que, no fundo, bloqueava toda a possibilidade de denúncia de situações que poderiam afectar o Serviço Nacional de Saúde. Embora o ministro tivesse dito que haveria de ser revisto, nós achamos que devemos concretizar essa situação”, acrescenta.

Fonte: Rádio Renascença, 7 de Junho

## Governo Aprova Fundo para Investigação Clínica

No comunicado de hoje, o Conselho de Ministros refere que o Fundo para a Investigação em Saúde visa o “financiamento de actividades e projectos dirigidos para a protecção, promoção e melhoria da saúde das pessoas, nomeadamente nas áreas de investigação clínica, investigação básica e investigação em saúde pública e serviços de saúde”.

**Fonte:** *Diário de Notícias, 6 de Junho, por Lusa*

## Farmácias Sociais Vão Deixar de Pagar Imposto

“Foi aprovada em Conselho de Ministros uma medida que vai garantir que as farmácias do sector social deixem de ter de se constituir como sociedades comerciais”, avançou. O ministro anunciou ainda que o Governo pretende “criar a breve trecho um fundo de inovação social, no valor de 122 milhões de euros” com recurso a verbas comunitárias.

**Fonte:** *Rádio Renascença, 6 de Junho*

## Urgências Diminuem, Consultas e Cirurgias de Ambulatório Aumentam

No primeiro trimestre deste ano realizaram-se mais 6580 cirurgias nos hospitais públicos em relação a 2013, tendo crescido também o número de consultas hospitalares. Já o número de atendimentos nas urgências diminuiu, segundo dados oficiais.

Os números da monitorização da actividade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) referentes a Março deste ano, a que a agência Lusa teve acesso, mostram um crescimento de 4,7% nas intervenções cirúrgicas, mas graças a um aumento das cirurgias em ambulatório.

As cirurgias convencionais tiveram um decréscimo de 1,4% no primeiro trimestre do ano em comparação com o período homólogo do ano anterior. Pelo contrário, as operações em ambulatório cresceram 9,6% e representam já 57,8% das 147.104 cirurgias realizadas entre Janeiro e Março de 2014.

**Fonte:** *Público, 4 de Junho*



## Ministro Diz que Saúde Não Deve Ter Mais Reduções Orçamentais

O ministro da Saúde considerou nesta quarta-feira que a sua área não deve ter mais reduções a nível orçamental como consequência do chumbo do Tribunal Constitucional a três medidas do Orçamento do Estado.

Questionado sobre o alegado impacto deste chumbo no sector da Saúde, Paulo Macedo

disse que ainda é prematuro adiantar cenários. “Vamos analisar. Está pendente a especificação de alguns aspectos do acórdão [do Tribunal Constitucional]. Só depois de sabermos os impactos para este ano e o próximo é que o Governo tomará medidas”, afirmou o ministro da Saúde.

**Fonte:** *Público e Lusa, 4 de Junho*

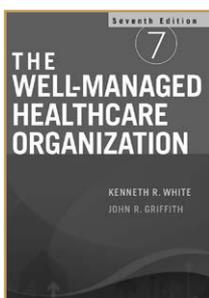


## Managing in Health and Social Care

**Autores:** Vivien Martin, Julie Charlesworth, Euan Henderson

**Edição/reimpressão:** 2010

**Sinopse:** Managing in Health and Social Care is about developing skills to manage and improve health and social care services. The focus throughout is on the role that a manager can play in ensuring effective delivery of high-quality services. Examples from social care and health settings are used to illustrate techniques for managing people, resources, information, projects and change.



## The Well-Managed Healthcare Organization

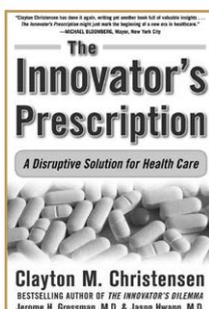
**Autores:** Kenneth R. White, PhD, FACHE, John R. Griffith

**Edição/reimpressão:** 2010

**Sinopse:** The Well-Managed Healthcare Organization continues its position as the most comprehensive resource on healthcare management.

This edition draws on the experiences of high-performing and Malcolm Baldrige Award-winning organizations. It describes the key drivers of success:

- A culture of empowerment and responsive leadership that promotes teamwork among physicians, nurses, and other staff;
- A system for continuous improvement that emphasizes process analysis, negotiated goal setting, measurement, benchmarking, and rewards.



## The Innovator's Prescription: a Disruptive Solution for Health Care

**Autores:** Clayton M. Christensen, Jerome H. Grossman M.D., Jason Hwang M.D.

**Edição/reimpressão:** 2008

**Sinopse:** Our health care system is in critical condition. Each year, fewer Americans can afford it, fewer businesses can provide it, and fewer government programs can promise it for future generations. We need a cure, and we need it now.

Harvard Business School's Clayton M. Christensen whose bestselling *The Innovator's Dilemma* revolutionized the business world presents *The Innovator's Prescription*, a comprehensive analysis of the strategies that will improve health care and make it affordable.

Christensen applies the principles of disruptive innovation to the broken health care system with two pioneers in the field Dr. Jerome Grossman and Dr. Jason Hwang. Together, they examine a range of symptoms and offer proven solutions.

# Sites



## Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)

[www.observaport.org](http://www.observaport.org)

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem como finalidade proporcionar a todos aqueles, que de uma maneira ou outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.



## MedicineNet

[www.medicinenet.com/script/main/hp.asp](http://www.medicinenet.com/script/main/hp.asp)

MedicineNet is an online, healthcare media publishing company. We provide easy-to-read, in-depth, authoritative medical information for consumers via its robust, user-friendly, interactive website.

Founded in 1996, MedicineNet.com has had a highly accomplished, uniquely experienced team of qualified executives in the fields of medicine, healthcare, Internet technology, and business to bring you the most comprehensive, sought-after healthcare information anywhere. Nationally recognized, doctor-produced by a network of more than 70 U.S. board-certified physicians, MedicineNet.com and onhealth.com are trusted sources Webster's New World Medical Dictionary - authored by MedicineNet for online health and medical information.

**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](http://www.spgsaude.pt)

