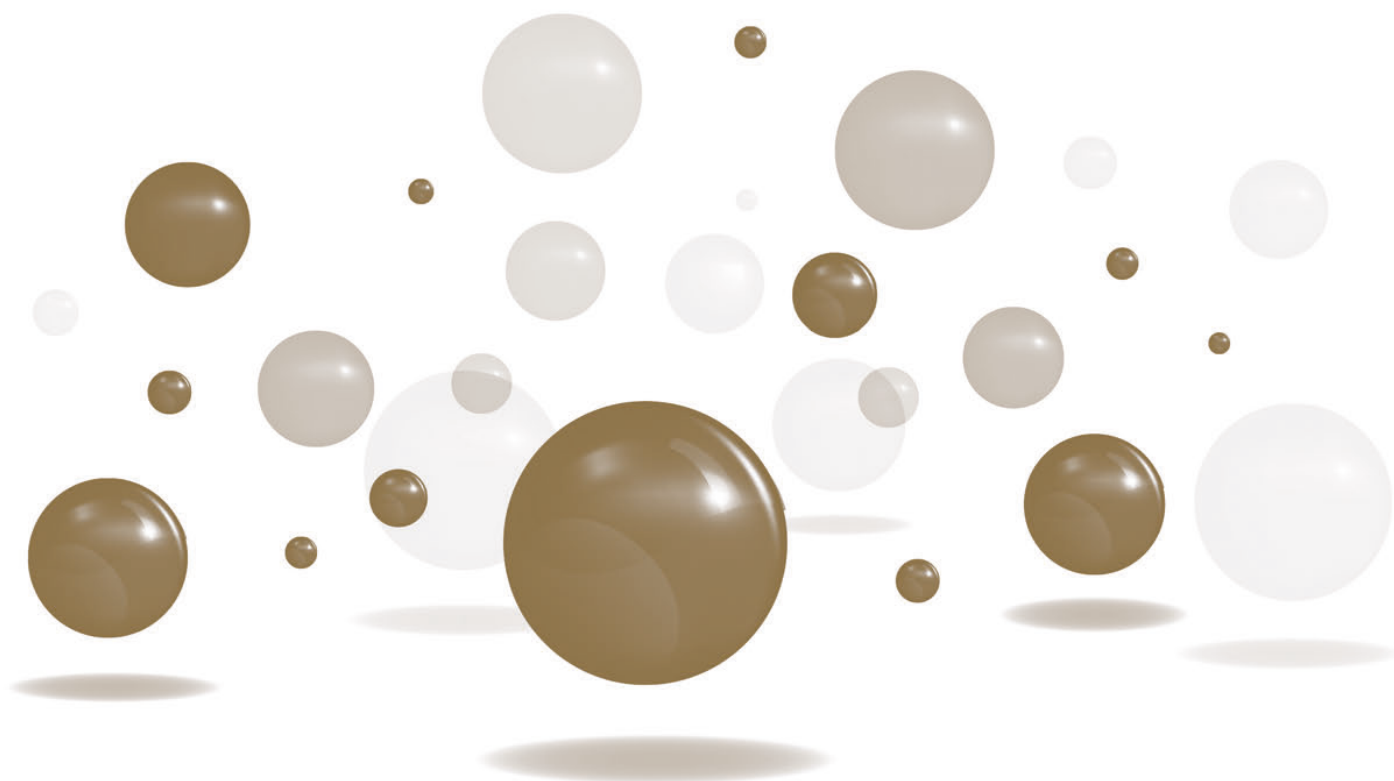


# Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: [info@spgsaude.pt](mailto:info@spgsaude.pt) • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Março 2015 • N.º 15



O estado da Saúde – porque chegámos aqui **José Boquinhas**

A gestão empresarial hospitalar na perspectiva dos gestores hospitalares  
**Alexandre Morais Nunes e Ana Harfouche**

Triagem nas urgências: o sistema de triagem de Manchester  
**Cristina Carrondo**

A afectividade na gestão  
**J. M. Gonçalves de Oliveira**

*Jiu-jitsu management* e o SNS: das fraquezas convertidas em forças à sustentabilidade  
**João F. Rodrigues**

O Internato de Medicina Geral e Familiar como desafio na qualidade de prestação de cuidados  
**Rita Maltez**



# Índice

- 4 Estatuto Editorial
- 5 Mensagem  
*Miguel Sousa Neves*
- 6 O estado da Saúde – porque chegámos aqui  
*José Boquinhas*
- 8 A gestão empresarial hospitalar na perspectiva dos gestores hospitalares  
*Alexandre Morais Nunes e Ana Harfouche*
- 11 Livros
- 12 Triagem nas urgências: o sistema de triagem de Manchester  
*Cristina Carrondo*
- 15 A afectividade na gestão  
*J. M. Gonçalves de Oliveira*
- 16 *Jiu-jitsu management* e o SNS: das fraquezas convertidas em forças à sustentabilidade  
*João F. Rodrigues*
- 18 O Internato de Medicina Geral e Familiar como desafio na qualidade de prestação de cuidados  
*Rita Maltez*
- 21 Notícias

## FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE  
GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais  
de saúde • N.º 15 • Março 2015

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

**A** escassos meses de eleições legislativas era essencial que os partidos pudessem apresentar “o seu caminho” para a Saúde, com ideias bem trabalhadas e projectos concebidos no espaço e no tempo de pelo menos uma legislatura.

O Governo deverá demonstrar sem equívocos que os acertos feitos até agora têm por objectivo **UM CAMINHO, UMA VISÃO, UM PROJECTO** para os próximos anos.

É essencial que todos nós saibamos para onde vamos...

Se não houver um rumo planeado nesta floresta densa que são os complexos problemas de gestão em Saúde, então qualquer caminho serve... o que seria muito mau.

# O estado da Saúde – porque chegámos aqui

José Miguel Boquinhas  
Médico | Gestor em Saúde

Autor

A Saúde tem sido varrida por uma série de notícias preocupantes acerca da degradação dos seus serviços e da dificuldade que os doentes têm tido para aceder a certo tipo de cuidados: listas de espera elevadas para certas cirurgias e consultas de especialidade; exames auxiliares de diagnóstico no ambulatório em Gastrenterologia e certas áreas da Imagiologia com atrasos a um nível insustentável que podem chegar a um ano, ao ponto de muitos hospitais já nem sequer inscreverem novos doentes por incapacidade de resposta em tempo útil; hospitais com aparelhos avariados há meses, o que agrava as listas de espera, por incapacidade financeira das administrações hospitalares de os mandar reparar ou substituir; urgências em ruptura com centenas de doentes e várias mortes confirmadas em diversos hospitais enquanto esperavam por ser atendidos; profissionais em risco de esgotamento físico por horas e horas a fio a trabalhar para dar resposta a uma procura excessiva, mas não diferente da que tem acontecido noutros anos nesta época do Inverno; doentes com hepatite C à espera do prometido financiamento de 100 milhões de euros em cinco anos para se poderem tratar e que tardam em chegar; camas hospitalares encerradas em número excessivo, o que nos coloca ainda mais abaixo da média da União Europeia e da OCDE do que já estávamos, com 3,4 camas por 1.000 habitantes quando na OCDE é de 4,9; reduzido número de camas de cuidados continuados muito abaixo do que acontece na União Europeia, o que agrava as consequências da falta de camas com dificuldades nas altas médicas arrastando os doentes em internamentos de cariz social; encerramento de serviços clínicos de uma forma

cega sem sustentação técnica, deturpando as orientações do memorando de entendimento quanto à Saúde; e emigração massiva de profissionais de Saúde, em especial, de enfermeiros, sendo referido terem já emigrado, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, 2.082 enfermeiros desde o início da crise, sendo que, só em 2014, terão emigrado uma média de 5,7 por dia, em especial, na região sul, mas também médicos, cerca de 200 em 2014, de acordo com a respectiva Ordem.

Tudo isto tem resultado numa redução da qualidade dos serviços de Saúde, emigração e desmotivação dos profissionais e uma tendência de “empurrar” os doentes para o privado, como forma de reduzir a despesa pública a qualquer preço. Um estudo recente sobre utilização dos cuidados hospitalares efectuado por três investigadores da Universidade Nova de Lisboa, publicado na revista científica internacional *Health Policy* com o título “A Grande Recessão em Portugal: impacto na utilização dos cuidados hospitalares” que analisou quase 18 milhões de internamentos entre 2001 e 2012, revela os efeitos dos anos de crise, com mais internamentos, sobretudo aqueles que tiveram origem nas urgências, embora com doentes menos tempo internados, mais gravidezes com complicações e mais enfartes do miocárdio quando cresceu o número de desempregados. Se dúvidas houvesse, é mais uma prova da degradação dos cuidados de Saúde nos últimos anos, sendo necessário questionarmo-nos se ainda temos motivos para nos mantermos orgulhosos de termos um dos melhores serviços de Saúde do mundo. Porque chegámos a este estado de coisas e quais as suas causas, é a pergunta que todos devemos fazer, porque não era inevitável uma

diminuição da qualidade tão acentuada, cuja verdadeira dimensão só iremos compreender quando começarem a sair os primeiros indicadores de Saúde relacionados com a mortalidade e morbilidade das populações referentes aos anos da crise.

No rol das principais causas, certamente diversas, surge à cabeça a redução do financiamento do SNS. De acordo com a recente publicação da OCDE “Panorama da saúde em 2013 – Indicadores da OCDE”, em 2011 a despesa total por habitante com a Saúde em dólares PPA era de 2.619 em Portugal, enquanto a média nos países da OCDE atingia os 3.312 dólares, sendo a despesa pública *per capita* no nosso país de 1.703 dólares PPA, representando apenas 65% da despesa total de Saúde por habitante, quando a média nos países da OCDE era de 72,7%. Isto significa que o esforço das famílias para pagar do seu bolso os cuidados de Saúde é muito superior em Portugal do que é em média nos países da OCDE.

Se olharmos para a evolução do orçamento do Estado (OE) de 2011 para 2014, verificamos uma redução muito significativa na despesa com a Saúde, de 9.710 milhões de euros para 8.366 milhões, uma variação de -833,7 milhões, correspondendo a uma diminuição de 5,4 para 5,1% do PIB. Se olharmos apenas para o financiamento do SNS, o montante em 2014 é de 7.592 milhões a que acrescem 451 milhões para reforço do capital dos hospitais EPE. Naturalmente, que só por si esta redução muito significativa no orçamento da saúde, não podia deixar de ter fortes implicações nos cuidados prestados à população, nomeadamente no que se refere à renovação dos equipamentos e às dificuldades na contratação de recursos humanos médicos e enfermeiros, proibida



pela tutela. A segunda causa provavelmente mais determinante, prende-se com a redução do número de médicos nalgumas especialidades e, em particular, nos serviços de urgência, e na redução do *ratio* de enfermeiros necessários para tratar os doentes internados. Segundo dados da ACSS, só em três anos, de 2011 a 2013, 1.400 médicos abandonaram por sua iniciativa o SNS, um número superior aos que se aposentaram. A desmotivação e os melhores salários praticados no privado e no estrangeiro, são os factores determinantes para esta debandada. A terceira causa surge como consequência da ausência de uma reforma hospitalar há muito reclamada pelos profissionais e que, só por si, poderia gerar ganhos de eficiência suficientes para libertar mais recursos financeiros para o SNS. Trata-se de uma questão que tem vindo a arrastar-se com grupos de trabalho sucessivamente nomeados para o efeito, mas sem que se vislumbre qualquer resultado prático, nomeadamente, no que se refere à reorganização dos recursos humanos, em particular, do trabalho médico, e financeiros.

A desorganização e escassez de médicos nas urgências em períodos de maior procura é bem exemplo disso.

A quarta mais importante causa tem a ver com a falta de uma visão estratégica para os cuidados de saúde primários, que deveriam ser a prioridade das prioridades, sendo preocupante e incompreensível a carência de médicos de família, a lentidão no desenvolvimento e crescimento das unidades de saúde familiar, a deficiente articulação com os cuidados hospitalares, e o retrocesso na ideia da descentralização de competências das ARS para os ACES.

Como nos desastres, em geral, as causas são sempre multifactoriais e não se deve apontar

apenas uma única razão para o que está a acontecer ao nosso SNS classificado há uns anos atrás como o 12º melhor a nível mundial.

Apesar do desastre que se adivinha, ainda temos o direito a sonhar ver o SNS com acesso igual para todos; a pôr fim às listas de espera; a ver os cuidados de saúde mais integrados e com mais camas de cuidados continuados; a ver os doentes crónicos com patologias debilitantes como a diabetes, a DPOC ou a artrite reumatóide, a serem “geridos” por equipas multidisciplinares de uma forma integrada sem terem que se perder em longas horas de espera nas urgências, tratados por quem nunca os viu; a ver os hospitais trabalharem de uma forma mais organizada com equipas a serem avaliadas e premiadas no final de cada ano sempre que cumpram os objectivos definidos; a ver profissionais felizes e motivados a tratar dos doentes; a não ver mais urgências atafalhadas com doentes horas e horas à espera e médicos esgotados por horas a fio sem descanso, só por desorganização e falta de planeamento dos hospitais e do modelo de organização do trabalho médico; em ter uma Medicina de proximidade com centros de saúde bem organizados e especialistas hospitalares disponíveis a trabalhar em conjunto e de uma forma integrada em equipas multidisciplinares; em ver alguns dos nossos melhores hospitais com centros de excelência; e os municípios a fazer promoção, prevenção e educação para a Saúde de acordo com o Plano Nacional de Saúde, e em articulação com os Ministérios da Saúde e da Educação. Temos o direito a sonhar, sobretudo, em não ter mais nenhum governo que apenas se preocupe com o preço dos medicamentos e as fraudes no SNS, objectivos sem dúvida importantes, mas esqueça as pessoas.

# A gestão empresarial hospitalar perspectiva dos gestores hospitalares

Alexandre Morais Nunes\*, Ana Harfouche\*\*

Autores

\* Investigador em Políticas de Saúde | Doutorando em Administração da Saúde pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

\*\* Administradora Hospitalar IPO Lisboa | Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

## RESUMO

A aplicação da gestão empresarial dos serviços públicos estendeu-se ao sector da Saúde, mais concretamente ao nível hospitalar. A introdução de novos modelos de gestão iniciou-se em 2002 com um processo de empresarialização dos hospitais do SNS. Este novo modelo de gestão trouxe várias novidades, nomeadamente a introdução de uma lógica empresarial, baseada na redução de custos, na maximização de resultados, num novo modelo de financiamento e na valorização da eficiência, entre outras. O objectivo deste estudo foi verificar e descrever os benefícios que a gestão empresarial hospitalar proporcionou para o aumento da satisfação das necessidades dos doentes/utentes, na perspectiva dos gestores hospitalares. Foram inquiridos trinta e nove gestores hospitalares, em diferentes regiões de Portugal. Os dados foram colhidos através de uma entrevista semi estruturada (guiada) e analisados com recurso à análise de conteúdo.

Neste estudo, pode-se referir que a gestão empresarial hospitalar contribuiu para o aumento da satisfação das necessidades dos doentes/utentes, garantindo uma maior eficiência na gestão e prestação de cuidados. Assim, permitiu uma maior oferta, com mais meios de diagnóstico, maior qualidade clínica, maior responsabilização e autonomia da gestão e uma melhoria no acesso, promovendo uma gestão eficiente de recursos.

## 1. INTRODUÇÃO

A Saúde é um sector visto de uma forma geral como um bem social (Beauchamp & Cook, 1999; Gabe, Calnan & Bury, 1991). Foi este facto que esteve na base da política de protecção da Saúde. Todavia, factores como o aumento

da esperança média de vida e o aumento de custos na prestação de cuidados (devido também à inovação científica e tecnológica), geraram uma crise no sector e uma procura de medidas de gestão mais eficientes, de modo a estabelecer uma melhor aplicação de recursos. “Está em causa um aparente esgotamento do actual sistema, que, consequentemente, questiona alguns princípios fundamentais, tal como a equidade no acesso a cuidados de Saúde, bem como a universalidade da cobertura” (Rego, 2011). Assim, constatou-se que as necessidades efectivas da população são superiores aos recursos disponíveis. Desta forma, torna-se importante a utilização de recursos financeiros atribuídos ao sector da Saúde com eficácia e eficiência numa gestão empresarial, apesar das questões que surgem na introdução das regras de gestão privada nos serviços públicos, se relacionarem com um aparente incumprimento da prestação de um serviço público e com a obtenção de lucro. A actuação da gestão no sector da Saúde centra-se na manutenção da Saúde de modo garantir a ausência de doenças nas populações (Rego, 2011; Campos, 2008). Verificou-se que o modelo convencional de gestão hospitalar teve consequências desfavoráveis para os cidadãos, profissionais e sistema de Saúde. De forma global, foi manifestada por ineficiência, baixa produtividade, fraca responsabilidade social, procura orientada pelos prestadores, aumento na despesa, má gestão na utilização de recursos e levantamento de questões na qualidade (Campos, 2000).

Assim, o processo de empresarialização incidiu fortemente sobre a eficiência e a eficácia das instituições a todos os níveis, pois até aqui a gestão hospitalar era predominantemente pública, trazendo questões de eficiência e efi-

cácia com uma influente vertente económica relacionada com o financiamento (Harfouche, 2008; Ribeiro, 2009).

Em qualquer sector e em todas as organizações, o gestor assume um importante papel na liderança dessas organizações procurando para as mesmas eficiência, eficácia e rentabilidade (Abrantes, 2009 & Coyle, 2003). Em relação às mais-valias deste processo, destacam-se alguns aspectos inovadores verificados aquando da sua implementação.

Em 2002, a Política de Saúde definida pelo executivo entendia que o SNS enfrentava uma grave situação que exigia a realização de uma reforma estrutural profunda. Foram tomadas opções políticas que deram origem à empresarialização dos hospitais públicos, orientadas para a optimização da gestão hospitalar na procura da eficiência, dos ganhos acrescidos em Saúde, da melhoria no desempenho, da autonomia de gestão e da responsabilidade económico-financeira, tal como a separação da função do Estado enquanto prestador e financiador público (Campos & Simões, 2011; Gouveia et al, 2006; Harfouche, 2012; OPSS, 2002). Ou seja, esta lógica empresarial baseava-se entre outras medidas: na redução de custos; na maximização de resultados; na implementação do contrato individual de trabalho; na promoção da qualidade e na concretização do estatuto do gestor público (Campos, 2008; Harfouche, 2008). Pretende-se deste modo, a optimização dos recursos garantindo o combate ao desperdício (Coyle, 2003).

Durante os anos em que decorreu o processo de empresarialização, foi importante atender à satisfação das necessidades dos utentes, ou seja, verificar até que ponto estão previstas e se encontram dispostas todas as condições



para proporcionar um atendimento de excelência, com qualidade e que vá ao encontro das expectativas dos utilizadores do sistema de Saúde (Rego, 2011). O presente estudo visa as questões levantadas sobre o processo de empresarialização hospitalar na política de modernização do SNS, tendo por base a satisfação das necessidades do utente. Pretende verificar se o paradigma de gestão de hospital empresa foi mais eficaz na satisfação das necessidades do utente. Para avaliar a opinião dos gestores hospitalares aplicou-se o método de análise de conteúdo, com recurso a um conjunto de questões orientadas de forma a abordar toda a envolvimento do tema. Assim, a investigação foi realizada de modo a responder à seguinte questão: Em Portugal, a gestão empresarial hospitalar contribuiu para o aumento da satisfação das necessidades dos doentes/utentes, na perspectiva dos gestores hospitalares?

Foi definido como objectivo primário verificar e descrever os benefícios que a gestão empresarial hospitalar proporcionou para o aumento da satisfação dos doentes/utentes, na perspectiva dos gestores hospitalares. Os objectivos secundários do mesmo estudo consistem em identificar as vantagens da gestão empresarial relativamente ao modelo de gestão anterior e verificar se a gestão empresarial garante maior eficiência na prestação. Concluído o estudo da investigação, onde foram analisadas doze questões em cada uma das trinta e nove entrevistas realizadas a gestores hospitalares, apresentam-se as principais conclusões deste estudo relativas à empresarialização das unidades e as vantagens entendidas como principais pelos gestores de modo a contribuir para os ganhos em Saúde.

## 2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 2.1. O NOVO MODELO DE ORGANIZAÇÃO E O PAPEL DO ESTADO

Para melhor compreender de que forma a gestão empresarial contribuiu para o aumento da satisfação das necessidades dos doentes/utentes, partimos da conceptualização/definição da gestão empresarial. Desta forma, podemos referir que na opinião geral dos gestores entrevistados, a gestão empresarial é vista como um novo modelo de gestão, com características da gestão privada, sendo diferente de privatização e marcada por uma menor (mas não ausente) intervenção do Estado. Relativamente à definição/ conceptualização da gestão empresarial, esta vai ao encontro da afirmação de Rego (2011), que refere a empresarialização como "... a possibilidade de promover modelos de gestão empresarial, pública ou privada, dos serviços públicos". Em relação ao papel do Estado, os resultados apoiam a visão de Harfouche, que salienta que o Estado era dominante, acumulando simultaneamente vários papéis, intervindo como regulador do mercado, como prestador de cuidados de Saúde e como financiador. Este aspecto vai também ao encontro da afirmação de outros autores que referem o papel menos intervencionista do Estado, mas alerta que no entanto a sua participação é fundamental no financiamento, para assegurar a equidade (Nunes & Rego, 2010).

### 2.2. VANTAGENS DA GESTÃO EMPRESARIAL HOSPITALAR

Em relação às características do modelo de gestão empresarial hospitalar, podemos referir que os gestores hospitalares entres-

tados entendem como principais vantagens a gestão eficiente de recursos, a procura da eficácia e eficiência, a redução de custos, a nova cultura organizacional com transparência e responsabilidade, a maior autonomia de gestão aliada à desintervenção do Estado e à relação contratual com o SNS. No entanto, relativamente a esta última vantagem indicada, podemos referir que os gestores a consideraram como promotora da programação da actividade hospitalar, destacando o pagamento pela produção. Por outro lado, criticaram o facto de os custos não estarem bem definidos, assumindo assim que existe dificuldade em apurar os custos reais.

Os objectivos fundamentais da reforma estrutural são o aumento de qualidade, a melhoria de acesso, a liberdade de escolha, o aumento de eficiência com responsabilização e o combate ao desperdício (Pereira, 2005). A gestão empresarial constitui um elemento para incremento de uma maior eficiência nos hospitais públicos, que passara para um sistema de financiamento baseado na contraprestação dos cuidados de Saúde efectivamente realizados (Harfouche, 2012). Os resultados foram ao encontro destas perspectivas, nos quais os gestores focaram aspectos inovadores, ou seja, as vantagens da empresarialização como a redução de custos, a gestão de recursos, a implementação de uma nova cultura organizacional, a procura da eficiência e eficácia, uma maior autonomia de gestão, transparência e responsabilidade, uma adopção de sistemas da qualidade, um melhor acesso a serviços, o incremento na satisfação dos profissionais e um novo modelo de financia

mento que confere uma relação contratual com o SNS.

### 2.3. A OBTENÇÃO DE LUCRO vs SERVIÇO DE NATUREZA PÚBLICA

Podemos referir, de acordo com a opinião dos gestores entrevistados, acerca da obtenção de lucro, que o serviço de natureza pública prevalece com a gestão centrada no cidadão e que para estes a obtenção de lucro se traduz numa maior satisfação do utente. Assim, quando inquiridos acerca da inovação e sustentabilidade, voltam a assumir a prevalência da satisfação do utente e defendem mais soluções de tratamento, com uma ponderação do custo/opportunidade. Todavia, assumem a inovação como factor de aumento de custos e para além desta podemos referir que na opinião dos gestores entrevistados, existem outros como o envelhecimento da população, os factores comportamentais e da sociedade, bem como a insatisfação dos profissionais. Estes resultados apoiam a teoria de autores que defendem que a introdução das regras de gestão privada nos serviços públicos (empresarialização) prende-se com a aparente incompatibilidade de um serviço de natureza pública e a obtenção de lucro (Harfouche, 2012; Rego, 2011). Os mesmos autores destacam a importância de um serviço público, empresarializado mas que deverá manter e defender o direito à protecção da Saúde que em Portugal tem fundamento constitucional (Rego, 2011).

### 2.4. A INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE

Ao analisarmos as respostas, podemos referir que apesar dos problemas financeiros, a maioria dos gestores entrevistados, sempre que possível, assume estar a par da inovação com a ponderação do custo-benefício na sustentabilidade, mantendo sempre em conta as melhores soluções de tratamento. Estes resultados apoiam a teoria e de acordo com esta, a inovação é fundamental para promover os cuidados de Saúde por forma a atribuir melhor qualidade de vida e Saúde aos cidadãos, tendo custos associados ao nível tecnológico a par com a evolução e crescimento da ciência. Existem autores que salientam esta dicotomia e coloca-se a questão: “inovação e a sustentabilidade é uma equação possível e desejável” (Rego,

2011). Porém, por forma a alcançar uma plena sustentabilidade aliada à actual e futura inovação, será um ponto de partida garantir que os recursos são eficientemente utilizados em cada utilização (Barros, 2010). Contudo, existem autores que defendem a mesma perspectiva referindo que uma nova cultura de saúde tem de tentar conciliar a qualidade na prestação e a utilização de recursos financeiros (Pires, 2004; Rego, 2011).

### 2.5. A CONCENTRAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Relativamente a outra vantagem do modelo empresarial, a procura de eficiência, quando associada à concentração de unidades de Saúde, verificámos que para os gestores há de facto uma poupança de recursos. No entanto, salientam como aspecto negativo a perda de coesão institucional e a probabilidade desta incorrer num mau desempenho profissional. Tendo em conta a gestão e os recursos financeiros, podemos referir que na opinião dos gestores os principais problemas surgem no subfinanciamento (aliado à ideia de que os custos não são os reais) e na má gestão de recursos.

Podemos também referir que esta restrição orçamental ocasionada por estes problemas financeiros pode, na opinião dos gestores, trazer consequências como uma menor oferta de serviços, uma diminuição da qualidade e segurança para o doente, uma baixa no número e motivação dos profissionais, o que aumenta o tempo de espera e pode provavelmente colocar em risco o direito à Saúde, como o conhecemos hoje. A eficiência na gestão dos hospitais não seria possível sem uma forte concentração de unidades para ganhos de responsabilização e autonomia de gestão (Campos, 2008).

### 2.6. AS EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DOS UTENTES

Acerca da percepção dos gestores sobre as necessidades dos doentes perante as expectativas e percepções destes, podemos referir que existe uma ruptura entre estas, pois são subjectivas e dependem de cada doente e da forma como esperam resolver os seus problemas. Todavia e de forma geral, podemos inferir que da opinião dos gestores entrevistados, este modelo de gestão

trouxe vantagens para o doente/ utente ao nível do tratamento, no seu direito à Saúde, na qualidade e na oferta.

A literatura sugere que a satisfação das necessidades dos doentes/ utentes é considerada por vários autores como complexa e de difícil definição, dada a sua grande envolvimento e dimensão (Melo, 2005). Os resultados foram ao encontro da literatura, pois quando falamos sobre as percepções e expectativas dos doentes/ utentes, podemos referir que na opinião dos gestores entrevistados, estas são subjectivas, mas que de forma geral o doente espera resolver os seus problemas com meios e técnicas disponíveis e suficientes para o tratar, havendo assim pontos de ruptura. Todavia, a literatura salienta que a satisfação das necessidades é um indicador da qualidade dos cuidados prestados e reflecte claramente a relação entre os profissionais de Saúde/ utilizador do serviço, como sendo um processo que remete sempre para a comparação do recebido e do expectado (Ferreira, 2003; Melo, 2005).

### 3. CONCLUSÕES

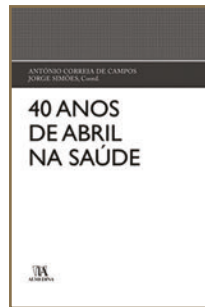
É legítimo referir, de acordo com a abordagem deste estudo, que o modelo de gestão empresarial hospitalar, com as suas características inovadoras, contribuiu para o aumento da satisfação das necessidades dos doentes/utentes, que se traduziram em vantagens para estes. Verificou-se uma maior oferta, um incremento da qualidade, uma responsabilização dos profissionais e da gestão, uma melhoria no acesso (manutenção dos princípios de liberdade e solidariedade) e uma utilização eficiente de recursos (melhor gestão de meios e recursos), o que garante uma maior eficiência e eficácia na prestação de cuidados.

### 4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma limitação deste estudo foi o estado socioeconómico de Portugal em 2013. Estamos numa fase de contenção e restrição económica, com a aplicação em Portugal do *Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality* de Maio de 2011. Estes factores económicos e financeiros podem ter alguma influência sobre as respostas dos trinta e nove gestores e administradores hospitalares entrevistados.

## 5. REFERÊNCIAS

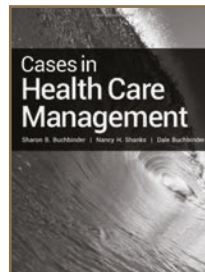
1. Abrantes, J. (2009). *Pedagogia empresarial nas organizações*. Rio de Janeiro: wak;
2. Barros, P. (2010). Sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. In Fernandes, A.C. (coord). *Inovação e sustentabilidade em Saúde – equação impossível?* (pp. 97-113). Loures: Diário de Bordo;
3. Beauchamp, T., & Cook, R. (1999). Fayerweather we et al. *Ethical guidelines for epidemiologists*, 1, 151-169;
4. Borges, L. (2010). Inovação e sustentabilidade em Saúde. In Fernandes, A.C. (coord). *Inovação e sustentabilidade em Saúde – equação impossível?* (pp. 76-83). Loures: Diário de Bordo;
5. Campos, A. (2000). *Novos modelos de gestão de hospitais*. In fórum de economia da Saúde, 2 de Fevereiro de 2000, Livro de comunicações (pp. 47-50). Porto: Instituto superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto: Departamento de clínica geral;
6. Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina;
7. Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Edições Almedina;
8. Coyle, B. (2003). *Corporate governance*. London: ICSA publishing ltd;
9. Ferreira, A. (2003). *Regulação em Saúde: definição e ensaio de validação de um modelo aplicável no sistema de Saúde português*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;
10. Gabe, J.; Calnan, M., & Bury, M. (1991). *The Sociology of the Health Service*. London: Routledge;
11. Giraldes, M. (2007). Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SPA. *Acta Médica Portugal*, 20, 471-490;
12. Gouveia, M.; Alvim, J.; Carvalho, C.; Correia, J., & Pinto, M. (2006). *Resultados da avaliação de desempenho dos hospitais S.A.*. Lisboa: Comissão para a Avaliação dos Hospitais S.A.;
13. Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;
14. Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em Saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina;
15. Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência;
16. Nunes, R., & Rego, G. (2010). *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata e Rodrigues;
17. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002). *O Estado da Saúde do estado – Relatório Primavera*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;
18. Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da Saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Gradiva;
19. Pires, A. (2004). *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo;
20. Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da Saúde*. Porto: Vida Económica;
21. Ribeiro, J. (2009). *Saúde: a liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva.



## 40 Anos de Abril na Saúde

**Autores:** Jorge Simões, António Correia de Campos  
**Edição/reimpressão:** 2014

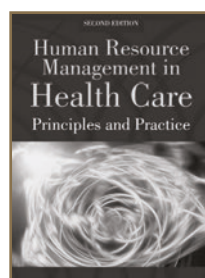
**Sinopse:** Celebrar 40 anos de Abril na Saúde representa o privilégio de tornar evidente uma relação entre os direitos dos cidadãos e a criação de condições que permitam defender e promover a Saúde. Em poucas áreas esta relação foi tão comprovadamente estreita, em período de quatro décadas, ao ponto de quase se poderem medir as relações de causa a efeito. Este livro pretende acompanhar o percurso dos últimos 40 anos em áreas chave da Saúde, escolhidas pelos coordenadores, que convidaram dez autores para a escrita de cada um dos capítulos.



## Cases in Health Care Management

**Autores:** Sharon B. Buchbinder, Nancy H. Shanks, Dale Buchbinder  
**Edição/reimpressão:** 2013

**Sinopse:** Compendium of 101 case studies that illustrate the challenges related to managing the healthcare services. Segmented by topic and setting, these cases span the full spectrum of issues that can arise in a variety of health care services settings. With a writing style that is lively and engaging, undergraduates in healthcare management, nursing, public administration, public health, gerontology, and allied health programs will find themselves absorbed in stories that bring to life the common issues encountered by healthcare managers every day. In addition, students in graduate programs will find the materials theory-based and thought provoking examples of real world scenarios.



## Human Resource Management in Health Care: Principles and Practices

**Autores:** L. Fleming Fallon Jr., Charles R. McConnell  
**Edição/reimpressão:** 2013

**Sinopse:** This practical, hands-on book introduces human resources to those who are preparing to work in any area of health care or health service. Written for practitioners and students in all disciplines related to health, it covers important topics such as recruitment, training, termination, legal issues, labor unions, and more. Each chapter is introduced by a case study related to the material that follows. The case study is resolved at the conclusion of each chapter along with expert commentary and practical suggestions that can be used in the real world. Chapters also feature learning objectives, discussion points, and questions to ponder. Many examples and a number of sample forms and documents are included. The Second Edition has been completely re-organized to reflect a better chapter flow and organization.

# Triagem nas urgências: o sistema de Manchester

Cristina Carrondo

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

Autor

O sistema de triagem de Manchester em vigor em vários hospitais do país foi introduzido no serviço de urgência para dar resposta ao número crescente e desmedido de doentes que ocorrem à urgência e para prestar os cuidados adequados (Despacho normativo n.º 11/2002, de 06 de Março) separando os casos emergentes e/ou urgentes, promovendo o atendimento em função do critério clínico e não administrativo ou da ordem de chegada ao serviço de urgência (SU). Mesmo sendo enviado de um serviço de atendimento permanente ou médico assistente terá de ser avaliado na triagem de prioridades, e se a sua situação for considerada não urgente (azul ou verde) aguardará a sua vez, ou seja, quando não houver doentes mais graves. Trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester, em 1997<sup>(1)</sup>, que foi divulgada no Reino Unido, estando em curso noutros Países, como a Holanda e Suécia, entre outros. Os autores Britânicos – Grupo de Triagem de Manchester – autorizaram a utilização deste sistema em Portugal. Assim, com o apoio do Grupo de Manchester, foram formados formadores e ministrados cursos a pessoal médico e de enfermagem, de acordo com as normas e critérios seguidos no Reino Unido. O objectivo é fazer triagem de prioridades, i.e. identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica, devendo prever-se o reforço da equipa de triagem de prioridades sempre que existam mais do que 10 doentes em espera.

Não se trata de estabelecer diagnósticos! Aliás,

dizem que se o tempo da “observação” de triagem visasse na obtenção de um diagnóstico exacto estaria condenado ao fracasso! Falácia total!!! Depende de quem e em que condições se fazem diagnósticos provisórios!

O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir um fluxograma de decisão (no total 52 que abrangem todas as situações previsíveis!), sendo que uns são fluxogramas específicos e outros inespecíficos). O fluxograma contém várias questões a serem colocadas pela ordem apresentada evitando os “discriminadores”. Entende-se por “situações discriminatórias” todas as respostas que não sejam positivas à pergunta que identifica o que é uma dor relevante (Figura 1). E o que é uma dor relevante? Trata-se de qualquer dor que numa escala de X a Y é superior a Z, não contemplando a inclusão de dados clínicos fisiológicos. Passado esta fase, determina-se a prioridade clínica com a respectiva cor de identificação (que todos conhecemos), por exemplo, um doente com um diagnóstico de entorse do tornozelo pode apresentar dor aguda, moderada ou sem dor, e a sua prioridade clínica vai reflectir esta realidade, mas perante um caso de AVC cujos sintomas (sem dor) têm levado a várias situações de classificação de não urgente (verde), a que corresponde um atendimento máximo de 120 minutos, a somar ao tempo que o doente levou a ser socorrido inicialmente quando chegou ao hospital, as consequências poderão ser graves (incapacidade e/ou morte). Outro exemplo, como é o caso da diabetes, o doente recorre ao serviço de urgência e refere que “os seus diabetes não estão bem”, segundo esta triagem o diagnóstico não é feito nesta altura, i.e. o fluxograma destina-

se a triar doentes que já sabem que sofrem de diabetes sendo codificados como “indisposição no adulto”. Esqueçemo-nos de que uma fraca ou incorrecta avaliação inicial poderá implicar morte ou sequelas graves no doente, situações cada vez mais recorrentes nos nossos serviços de urgência... quase todos os dias ouve-se uma notícia nos meios de comunicação social sobre a morte de alguém que ocorreu enquanto esperava numa urgência. É pertinente que haja qualidade das decisões tomadas aquando da triagem primária, uma vez que tem implicações maior nos resultados clínicos dos doentes. Face ao exposto, não se exige uma diferenciação no profissional de Saúde que faz a triagem, i.e. a tarefa pode ser desempenhada quer por um médico quer por um enfermeiro. No Reino Unido é desempenhada pelo pessoal de enfermagem e Portugal imitou... não está em causa o profissional! Em princípio todos têm competências inerentes às actividades que desempenham, mas sim ter a pessoa certa no lugar e tempo correcto.

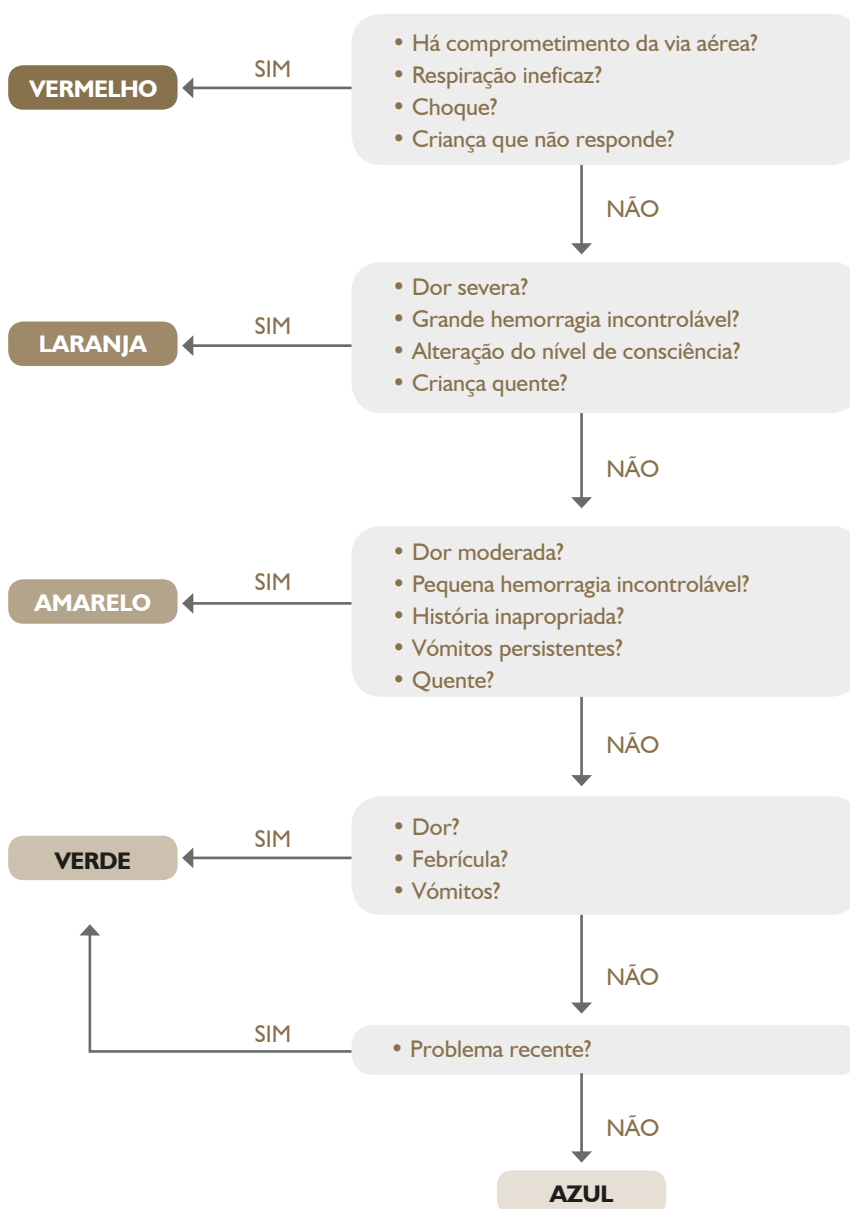
Alguns estudos<sup>(2)</sup> têm revelado que a introdução deste sistema não alterou os indicadores hospitalares nomeadamente no que se refere à taxa de mortalidade. Não encontrei nenhuma publicação a nível nacional que revele esta simples avaliação, que analise o período à implementação da triagem e o período posterior, i.e., que valide a triagem quanto à sua reprodutibilidade, resultados, custos, ganhos, grau de satisfação dos doentes e dos profissionais de Saúde! Alguns autores internacionais afirmam que não deviam ser tomadas decisões relativas à triagem sem o sistema ser validado. Encontrei sim, literatura que aponta para o envelhecimento da população, responsabilizando este

# de triagem

factor pelo aumento do número de episódios de urgência condicionando a gestão clínica!! Estudos apontam para valores na ordem dos 30-35% de episódios não urgentes, o que enfatiza a necessidade de chegar ao perfil do utilizador abusivo. É verdade que existe literacia em Saúde e a nossa cultura cívica não vai no sentido da moderação da procura de cuidados de Saúde, tal como definido pelo Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde n.º 18459/2006, de 30 de Julho. Porém, todos sabemos que Portugal está entre os países europeus que tem uma das maiores taxas de idosos com menor qualidade de vida! Nos últimos três anos, temos vindo assistir a um fenómeno de *overcrowding* (afluência insustentável) podendo ser explicado por diversos factores, dos quais: o elevado número de utilizadores, diminuição do número de camas nos serviços de internamento e cuidados intensivos, diminuição dos profissionais de saúde, espaço físico inadequado às exigências, entre outros. Este fenómeno realmente compromete o atendimento urgente e acarreta o aumento de custos associados. Mas analisemos mais em pormenor estes aspectos...

É conhecido que os recursos humanos sobretudo médicos, disponíveis para o trabalho no serviço de urgência têm vindo a diminuir consideravelmente. Segundo o Decreto-Lei n.º 73/90, de 06 de Março e o Decreto-Lei n.º 44/07, de 23 de Fevereiro, que regulamentam a forma de como as escalas podem ou devem ser elaboradas – as horas do horário semanal dos médicos –, em que é possível alocar à escala do serviço de urgência, em conjunto com a assimetria de possibilidades de contratualizar horas para as escalas dos serviços de urgência, através da celebração de contratos individuais

Figura 1. Categorização das cores das pulseiras na Triagem de Manchester



Fonte: Freitas (1997, p.154)



de trabalho nos hospitais E.P.E., por intermédio de empresas de prestação de serviços de saúde, com médicos oriundos de outros hospitais e centros de saúde – conhecidos por médicos tarefeiros –, culminaram num conjunto de incertezas quanto à previsão de recursos humanos médicos para o SU. Esta realidade assegura unicamente os serviços mínimos! Neste âmbito é pertinente abordar algumas questões nomeadamente a das equipas dedicadas exclusivamente ao serviço de urgência, ou a criação da especialidade de Medicina de Urgência; como existe no Reino Unido, Estados Unidos da América e no Canadá. Esta questão, que é da responsabilidade da Ordem dos Médicos, ainda não amadureceu suficientemente para a sua concretização em Portugal. Outra questão prende-se com as incessantes dificuldades encontradas na elaboração das escalas de serviço, também a determinação de alguns serviços de especialidade que se demarcam da responsabilidade de prover o SU com médicos desses serviços, seja por i) decréscimo do número de médicos contratados, ii) pela pressão exercida pelos conselhos de administração em maximizar a produção contratualizada ao nível das consultas, cirurgias, entre outros, i.e. exigindo um esforço maior ao nível do trabalho individual, e ainda, iii) pela discrepância que existe entre os médicos tarefeiros e os médicos da instituição do valor hora no SU. De salientar que é da responsabilidade do conselho de administração de cada instituição hospitalar a oferta dos melhores cuidados de saúde possíveis, i.e. garantir em situações de diferente grau de prioridades a disponibilização de recursos suficientes e a diferenciação adequada e ajustada às exigências populacionais de abrangência, uma vez que, para ter um serviço de urgência de 24 horas aberto a instituição teve de assumir esse compromisso, caso contrário não lhe seria permitido a sua abertura. Não é por mero acaso que as Misericórdias têm manifestado vontade, junto do Ministério da Saúde, em colaborar na resposta atempada às situações de carácter de urgência (também e não só), protelando a sua capacidade de recursos com menores custos. Alguém anda distraído...

O primeiro nível de atendimento no SU que corresponde às prioridades baixas (cor verde e azul) culmina com a decisão de alta, a realização de meios complementares de

diagnóstico, ou a referenciação a uma especialidade que não se encontra na linha da frente do SU (estando os profissionais sob o regime de prevenção ou chamada). Actualmente, gira uma discussão à volta deste assunto – quem deve prestar estes cuidados – o médico ou o enfermeiro? Guerra à vista... entre a Ordem dos Enfermeiros e a Ordem dos Médicos. Na área de maior prioridade onde há necessidade de diferenciação de cuidados, os doentes são identificados pela cor laranja e amarela (tempo ideal de resposta de 60 minutos), deveria haver articulação com os médicos da própria instituição e colocar a responsabilidade directamente nas unidades intermédias da urgência. O facto de as equipas não serem dedicadas ao SU e serem compostas com outro tipo de médicos, contribuem para decisões não proteladas, bem como para um maior atraso de certas decisões que se observam proteladas, o que desqualifica a assistência. Ainda, verifica-se uma grande percentagem de doentes que mudam de médico responsável durante a sua passagem pelo SU e ao longo do episódio de urgência, facto que pode comprometer o atendimento. Esta triagem alimenta a mudança constante de médico, com os pareceres entre médicos, sendo indicativo de que determinada área que recebeu um doente poderia ser atendida noutra sector de forma mais célere sem necessidade de pareceres ou de mudança de médico. No SU também existe a área de emergência que assiste os doentes identificados pela cor vermelha – denominados os *emergentes* – que deveriam ser assegurados por médicos e enfermeiros com alta diferenciação, com formação específica e experiência de actuação frequente. Os níveis de diferenciação nos SU estão regulamentados através do Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde n.º 18459/2006, de 30 de Julho.

Face ao exposto, é praticamente imediato pensar que um determinado doente triado através desta triagem com uma prioridade pouco urgente (cor verde) poderá ser um doente que poderá vir a falecer no âmbito daquele episódio de urgência, ou mesmo após alta, em casa. A decisão de percurso clínico do doente e os protocolos de actuação são passos essenciais na organização do atendimento num SU. Atendendo ao que foi realçado ao longo do documento arrisco-me

a deixar algumas propostas: a) a criação de equipas exclusivamente dedicadas ao SU e o reforço da zona intermédia de cuidados no SU, com a justificação de incrementar a relação entre a prioridade e/ou gravidade e o serviço de internamento, sugerindo a necessidade de existir uma equipa habilitada e treinada; b) aumentar o número de camas de nível intermédio para dar resposta aos doentes emergentes que não ficam internados nos cuidados intensivos. Acredito que fará sentido alocar camas de cuidados intermédios, não esquecendo o rácio enfermeiro/doente que deverá ser superior ao das enfermarias normais. Desta forma poderão evitar-se demoras médias em camas que pertencem aos intensivos, sem correr o risco de altas precoces e, consequentemente, readmissões. Estou convicta que a implementação destas medidas poderá dar resposta à escassez do tipo de camas disponíveis (intermédios, intensivos) mas também ao nível dos recursos humanos necessários para a prestação inicial de cuidados de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. MACKWAY-JONES, Kevin - Emergency triage. Manchester triage group. *British Medical Journal*, 1997. ISBN 0-7279-1126-0;
2. MARTINS, Henrique; CUÑA, Luis; FREITAS, Paulo – Is Manchester (MTS) more than a triage system? – studying its association with death and admission to a large Portuguese hospital. (Submitted for publication – reference hmartins@fcsaude.ubi.pt) 2007;
3. FREITAS, P. Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester. BMJ-Publishing Group. 1997;154pp;
4. Despacho normativo n.º 11/2002, de 06 de Março – Normas para elaboração de escalas – tipo dos serviços de urgência;
5. Despacho do Gabinete do Ministro da Saúde n.º 18459/2006, de 30 de Julho – Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência;
6. Decreto-Lei n.º 73/90, de 06 de Março – Reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do SNS;
7. Decreto-lei n.º 44/07, de 23 de Fevereiro – Reforma do sistema público de Saúde;
8. Performance Management of NHS A&E Services using the Clinical Quality Indicators, UK Department of Health, 2011: <http://www.dh.gov.uk/publications>;
9. Grupo de Triagem Português. História da triagem de Manchester. <http://www.grupoportuguesetriagem.pt/jm/index.php/9-diversos/91-historia-da-triagem-de-manchester>.

# A afectividade na gestão

J. M. Gonçalves de Oliveira

Director do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio Ave

Autor

A condição de conforto e satisfação dos profissionais de qualquer organização é essencial para o seu bom funcionamento. Nenhum responsável por um serviço hospitalar pode esquecer esta regra fundamental se pretende que a estrutura que dirige desempenhe as suas diferentes tarefas com qualidade, devoção e humanismo. Sem se desviar da sua primordial finalidade – tratar os doentes de acordo com as melhores práticas e, à luz dos últimos conhecimentos reconhecidos, com os recursos possíveis – deve acautelar todas as outras funções com o mesmo empenho e dedicação. Sendo a actividade assistencial o cerne da sua existência, subalternizar a formação pré e pós-graduada é colocar em risco a capacidade da sua equipa continuar a prestar cuidados de acordo com a *leges artis*. Nos últimos anos, como é do conhecimento geral, a gestão e os gestores passaram a ocupar um papel fundamental nas empresas e os hospitais não fogem a esta regra.

Quer a nível das administrações, quer nos diferentes departamentos, estes agentes das mais distintas proveniências têm vindo a ocupar lugares de maior importância. Se, por um lado, o seu papel é necessário na gestão e racionalização dos recursos e no acompanhamento da actividade para evitar desvios susceptíveis de serem atempadamente corrigidos, por outro, se não forem detentores de espírito aberto às peculiaridades da realidade hospitalar, podem tornar-se fonte de bloqueio e de paralisantes conflitos. Quem vivencia a actividade hospitalar há longos anos conhece alguns exemplos de obsessão pelos números e reconhece que, não raras vezes, o desconhecimento da multifacetada vivência de uma instituição de Saúde é foco de tensões evitáveis. Fazer compreender

a certos gestores que a actividade de um médico, de um enfermeiro, ou de outro técnico de saúde não se confina à assistência, que é necessário reservar tempo para as tarefas formativas e científicas que não devem ser menosprezadas é, por vezes, uma missão difícil. Se este é um constrangimento frequentemente relatado, há outros que do mesmo modo podem criar atritos desnecessários. Lembro a substituição intempestiva de alguns dispositivos médicos por outros de mais baixo preço, que depois se tornam mais caros, porque menos fiáveis e de menor duração. É claro que muitos destes embaraços se agravaram quando os administradores de carreira, há já alguns anos, passaram a dar lugar a outros oriundos da sociedade civil que, muitas vezes, não possuem nem a formação, nem a sensibilidade daqueles. Analogamente, as transformações ocorridas nos últimos anos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), decorrentes de fusões e concentrações, levaram a um certo desenraizamento de muitos dos seus profissionais e representam um risco que não deve ser escamoteado. A quebra dos laços às instituições e o desprezo pelas emoções e afectos que ao longo dos anos permitiram ultrapassar muitas adversidades são susceptíveis de influenciar negativamente o desempenho de muitos funcionários. Estes, ao cumprirem apenas e só as obrigações estritamente contempladas no seu vínculo de trabalho, deixam de “vestir a camisola” com manifesto dano no desempenho e na qualidade humana das relações.

É neste contexto que, quando se assiste a problemas em algumas urgências do país e são noticiadas faltas de comparência nas equipas de “médicos tarefeiros” que estavam previamente escalados, sobressai a incompreensão

generalizada para a obrigatoriedade de contratação de profissionais eventuais através de empresas. Sem possuírem qualquer vínculo e de rosto anónimo, não estão integrados, não possuem o sentimento de pertença, ninguém os conhece e alguns não se coíbem de ter estes comportamentos com as consequências que se sabem.

Subjugar todo o trabalho desenvolvido por um serviço ou instituição à frieza de números, é excessivamente redutor e pode ser extremamente perigoso. Não ter em atenção as mais-valias resultantes da sua actividade formativa, científica e a interligação à comunidade onde se insere, é desprezar importantes benefícios económicos e sociais.

Neste tempo de profundas mudanças na sociedade em geral e no SNS em particular, descuidar o papel da afectividade nas relações do trabalho e não valorizar o desempenho global de um serviço, é um risco que não devemos correr. Pugnar por um equilíbrio sadio entre as diferentes vertentes envolvidas na gestão de uma instituição de Saúde, é um repto que deve ser assumido por quantos desejam a manutenção de um SNS responsável pelos índices de Saúde conseguidos e de que Portugal muito se orgulha.



# Jiu-jitsu management e o SNS: das convertidas em forças à sustentação

João F. Rodrigues

PG em Gestão e Economia da Saúde | Médico Oftalmologista

Autor

## INTRODUÇÃO

Portugal é um país pobre e empobrecido pelos últimos anos de austeridade no sector da Saúde, facto admitido por poucos, sentido por muitos. A competição por um lugar ao sol, transversal aos diversos grupos profissionais, nem sempre se rege pela transparência e equidade, conduzindo a conflitos latentes que alimentam o imaginário público. A sociedade civil portuguesa, desconfiada por natureza vê, de uma maneira geral, o grupo profissional dos médicos como privilegiado, uma vez que após a licenciatura/mestrado em Medicina tem – até à data – emprego garantido na função pública pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), se essa for a sua vontade, ao contrário da grande maioria dos outros grupos profissionais.

## DA SAÚDE À EDUCAÇÃO

A atribuição de subsídios de deslocação e fixação sempre foi desigual entre os diversos grupos profissionais integrantes do funcionalismo público. Neste aspecto, considerando o orçamento do Estado para 2015, que procura legislar e transferir aquela responsabilidade para as contas depauperadas das autarquias, os médicos não se constituem como grupo beneficente pioneiro, uma vez que, a título de exemplo, os magistrados há muito anos beneficiam (ou beneficiaram) de tais subsídios mais ou menos generosos. Por outro lado, a discriminação dos professores através de concursos nacionais, sem incentivos de fixação, que podem deslocar os mesmos para distâncias territoriais, em alguns casos de 700 km, constitui uma flagrante e injusta desigualdade, com dis-

rupção da vida familiar e outro tipo de expectativas deste grupo profissional. Modelo duvidoso a aplicar na Saúde, advogado por algumas mentes luminárias a sul. Por lado do prisma, sem educação a população tem pior Saúde, numa bola de neve incremental de despesa que se retroalimenta e na educação, mais do que na economia, reside o cerne da sustentabilidade do SNS e... do país.

## A MARCA DO GENÉRICO

A gestão do capital humano nas unidades de Saúde do SNS é tarefa árdua, complexa e a sua problemática inerente de difícil resolução. Entre os médicos, existe um indistinguível clima de guerrilha interna perene, que sendo transversal a muitas unidades de saúde do SNS, resulta principalmente do conflito latente entre médicos contratados do quadro e prestadores de serviço em *outsourcing* ou a recibos verdes. A heterogeneidade ou *mix* destes profissionais nas instituições de Saúde é a norma e, simultaneamente, uma fogueira de vaidades. Os primeiros sempre relembram aos segundos as diferenças dos preços/hora, omitindo da querela, por conveniência, as despesas com impostos e segurança social suportadas pelos prestadores de serviços como trabalhadores independentes ou os dízimos “impostos” a terceiros. E estabelecem-se silêncios confrangedores, do tipo *lose-lose*, ninguém ganha perpetuando a discórdia.

O indicador de rotatividade associado a este tipo de contratação em *outsourcing* ajuda ao conflito, tornando as equipas instáveis, nomeadamente as de urgência, e alimenta

inimizades e conflitos de interesse internos com repercussões externas na contratualização com empresas de Recursos Humanos (RH) em Saúde, outro *player* emergente do mercado neoliberal da Saúde. Por outro lado, quando algo corre mal, acontece o director clínico ou representante do CA, responsáveis pela sua contratação, prestar declaração para a imprensa afirmando que o profissional em questão “é tarefeiro e não pertence ao quadro”; a isto chamo dissonância cognitiva entre o que é tido como de marca e o que é genérico. Como se pertencer ao quadro fosse garantia absoluta de qualidade ou ausência de erro humano ou técnico. Apesar da instabilidade do vínculo, a motivação e a eficiência dos médicos ditos tarefeiros é em muitos casos superior, por constatação pessoal. Em última instância, a atitude de uns e de outros é que faz a diferença na avaliação de desempenho caso a caso, quando existente.

## COMUNICAR É PRECISO

Outro dos problemas que se identifica são as ineficiências de comunicação. E neste aspecto, refiro-me essencialmente à comunicação vertical com a “liderança” intermédia, nomeadamente com a direcção clínica, os gestores de produção e também com a gestão de Recursos Humanos. Por exemplo, as novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) como o *e-mail* podem ser uma verdadeira *message in a bottle*, promovendo indiferenças características do autismo entre colaboradores da mesma instituição. Por sua vez, os médicos hoje são vistos pelas instituições, em muitos casos relatados,



# fraquezas bilidade

como meros co-produtores ou peças fabricadas do processo em saúde que visa a eficiência, sendo outro terreno movediço a avaliação da qualidade do mesmo, função da direcção/coordenação dos serviços.

A transmissão da missão, visão e objetivos estratégicos das instituições nem sempre são devidamente comunicadas, na procura por determinados micro-objetivos dinâmicos por vezes de carácter sazonal como “recuperar” determinado indicador de resultados no último trimestre do ano (o denominado “esforço marginal”), no contexto da Gestão em Saúde que vai fazendo escola em Portugal, e da qual o *benchmarking* é *ex-libris*. Perante “imposições” que não compreendem e aceitam contrariados, os médicos sentem-nas como atropelos e abusos aos seus deveres e direitos e dos doentes, o que gera *stress* e conflitos evitáveis com uma melhor comunicação institucional. À Gestão de Recursos Humanos, dada a heterogeneidade de competências, sobrançeria e proveniências dos seus técnicos, falta muitas vezes experiência, formação em Psicologia Organizacional da Saúde e competência em Gestão de Conflitos aplicados ao segmento comportamental dos profissionais de Saúde, pelas situações que vão surgindo. Mas, não há inocentes nesta história: aos médicos faltam competências particularmente durante a sua formação sobre os mesmos temas e a motivação ou incentivo para as adquirir como pós-graduação. A mistura pode, então, tornar-se explosiva dada a natureza humana comum a uns e outros. Incluir formação em Gestão da Saúde, Psicologia

Organizacional, Gestão de Conflitos, *team building*, *networking* e outras *softskills*, nos programas educativos das faculdades de Medicina ou adquiri-los em programas de formação pós-graduada qualificados é uma solução para uma melhor articulação entre profissionais médicos e não médicos das instituições de Saúde. Por aqui reforço, empiricamente, a ideia de que a educação é de facto o pilar da evolução dos sistemas complexos geridos pelo ser humano, como o é o da Saúde.

## A EXCLUSIVIDADE E O PAÍS DESENVOLVIDO UTÓPICO

Outra das ineficiências das instituições do SNS é a existência de contratação por horários parciais, *status quo* legitimado pela lei que permite aos médicos ter um pé dentro e outro fora das mesmas, com duas consequências óbvias: bloqueio do acesso a quem pretende trabalhar em exclusividade no SNS; e desconfiança da sociedade quanto à actividade de quem está a tempo parcial. Na minha perspectiva, deveria haver uma uniformização ou harmonização da contratação dos médicos, através da instituição de regimes de trabalho em exclusividade ao nível das instituições do SNS, promotora do verdadeiro espírito de missão pública. Esta mudança radical, que não constitui o ovo de Colombo para quem se dedica à Economia da Saúde, esbarra no recurso escasso financeiro e, também por associação, na coragem e vontade política de decidir por esta reforma fraturante. Para tal, haveria necessidade de rever e aprovar novas grelhas salariais com

valores motivadores e satisfatórios, de forma a que os médicos pudessem optar de forma exclusiva entre o serviço público e o sector privado. Claro que a motivação dos diferentes grupos de profissionais da Saúde não é exclusivamente monetária, sendo multifactorial; assim, há a considerar o ambiente de trabalho, o trabalho em equipa multidisciplinar, a disponibilização dos instrumentos necessários, adequados e suficientes, o reconhecimento profissional e institucional, a promoção em carreira e outras idiosincrasias de certa forma utópicas na conjuntura actual.

Concluo, realçando que o Sistema de Saúde português é complexo, multidisciplinar e multivariado. Envolve o accionista Estado representante de mais de 10 milhões de pessoas, as próprias instituições, a liderança e os processos de gestão, o Marketing comunicacional em Saúde, o sector administrativo, os profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes operacionais), as empresas de segurança, de limpeza e de manutenção, etc., isto é, todos os *players* e *stakeholders* da Saúde de forma inclusiva e participativa e não deve atender apenas à miopia das reivindicações da peça outrora considerada o poder superlativo das instituições de Saúde, hoje mero elo de engrenagem, conhecida por médico.

**NR:** *Jiu-jitsu Management*: corrente filosófica de gestão estratégica que por intermédio da identificação de um problema ou fraqueza aplica uma solução drástica, fracturante e eficaz com o objetivo de o/a converter numa força.

# O Internato de Medicina Geral e na qualidade de prestação de

Rita Maltez

Autor

Médica Interna do 4º ano da Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, com Pós-Graduação em Gestão da Qualidade em Saúde da Universidade Católica do Porto

Desde o primeiro ano de Curso, na Universidade Nova de Lisboa, que no início do ano lectivo, ouvia em relação à época de exames “preparem-se porque Junho é já amanhã”. De facto, neste caminho para especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF), o tempo foi igualmente passando e hoje deparo-me com um “preparem-se porque o Internato termina já amanhã”.

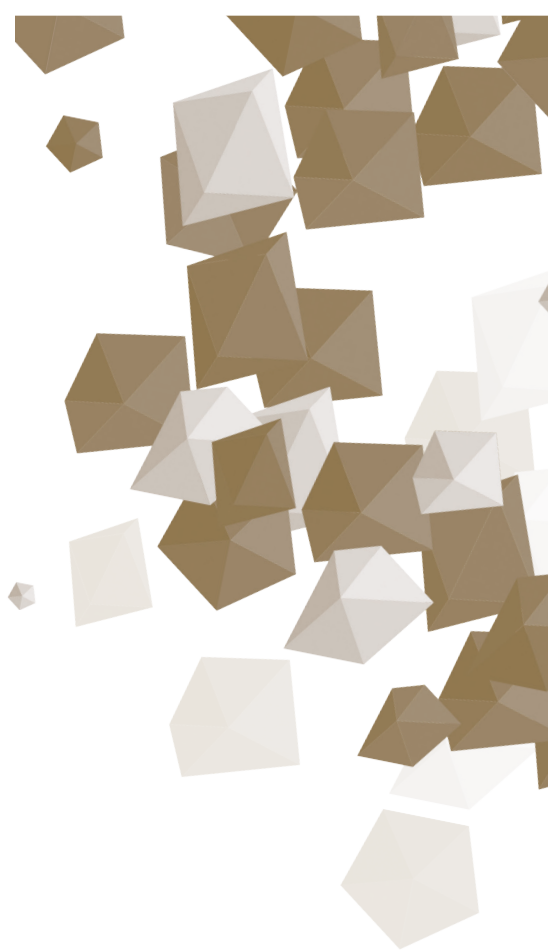
Foi assim, que no balanço final destes quatro anos, questionei o impacto que o meu Internato teve na minha unidade de formação. O contrário é inquestionável mas, o facto de ser recebida numa unidade de saúde familiar, que até então contou apenas com dois internos de formação, levaram-me a indagar sobre o papel do Interno na prática clínica da instituição que o acolhe. Para tal, e também por considerá-la imprescindível para atingir o estatuto de especialista em MGF, começo por relembrar o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários em Portugal.

A evolução histórica dos centros de saúde remonta a 1971, com a criação dos anteriormente designados “centros de saúde de primeira geração” (*Decreto-Lei* n.º 413/71 de 27 de Setembro). Através destes, o Estado procurou potenciar os cuidados junto dos mais vulneráveis, visando a protecção geral da população e o controlo das doenças infecto-contagiosas. Oito anos mais tarde, através da Lei de Bases da Saúde n.º 56/79, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS). De forma a garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados integrados de saúde, os serviços compreendiam a promoção e vigilância da Saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes, independente-

mente da sua condição socioeconómica. À data, o SNS dispunha de autonomia administrativa e financeira, estruturada numa organização descentralizada, com órgãos centrais, regionais e locais, distribuídos quer em serviços de cuidados de saúde primários, quer em serviços diferenciados (hospitalares). De facto, ainda nesta reforma, foram criadas as Administrações Regionais de Saúde – ARS (*Decreto-Lei* n.º 254/82 de 29 de Junho), ficando assim o SNS responsável pela gestão global dos recursos financeiros afectos ao sector da Saúde em Portugal.

Paralelamente, no mesmo ano, desenvolveu-se a Carreira Médica de Clínica Geral (*Decreto-Lei* n.º 310/82 de 3 de Agosto). O médico de Clínica Geral era entendido como o profissional que prestava assistência primária aos indivíduos e suas famílias, numa intervenção personalizada, maioritariamente caracterizada pela generalidade e continuidade de cuidados. Foi igualmente criado neste ano o Colégio de Clínica Geral na Ordem dos Médicos.


Um ano depois, em 1983, para além de aprovada a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, com criação do Ministério da Saúde (*Decreto-Lei* n.º 344-A/83 de 25 de Julho), segundo o *Despacho Normativo* n.º 97/83 de 22 de Abril, foi aprovado o Regulamento dos centros de saúde e surgiram os “centros de saúde de segunda geração”. Tal período ficou assinalado, uma vez que com a criação da Direcção-Geral dos cuidados de saúde primários (*Decreto-Lei* n.º 74-C/84 de 2 de Março), ocorreu o término dos serviços da Caixa de Previdência e um ponto de partida para a expansão do SNS ocorreu: este assumiu funções de orientação técnico-nor-



mativa, direcção e avaliação perante a actividade desenvolvida por qualquer órgão ou serviço regional, distrital e local que intervém na área dos cuidados de saúde primários e simultaneamente, foi adquirido o estatuto de médico de família.

Ao longo da sua evolução, a Saúde em Portugal foi moldada às despesas e ao respectivo impacto na economia do País, assim como, procurou reorganizar funções, hierarquias

# Familiar como desafio cuidados



e estatutos dentro do seu sector. Exemplo disso, foi a aprovação da Lei de Gestão Hospitalar (*Decreto-Lei* n.º 19/88 de 21 de Janeiro) e do *Decreto Regulamentar* n.º 3/88 de 22 de Janeiro, onde a qualidade na gestão e as alterações no global funcionamento dos hospitais, se destacaram. Igualmente em 1989, o SNS passou a considerar-se “universal e geral, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”, assumindo-se como tendencialmente gratuito. Tal facto, enfatizou a necessidade de justiça social e a

imperiosa racionalização de recursos, tendo sido ainda criada a Base XXXIV, onde se consideraram taxas moderadoras como forma de completar medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde e a Lei de Bases da Saúde, onde pela primeira vez a protecção da Saúde tornou-se perspectivada não só como um direito, mas também, como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, sociedade e Estado.

A incessante procura de expansão no sector da Saúde conduziu também à reorganização na prestação de cuidados e inclusivamente no ensino dos profissionais. O reforço da aprendizagem tutorial na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, inseriu-se numa gradual reestruturação curricular, sendo que em 1987, o Internato Complementar passou a ser a única forma de acesso à especialidade e à carreira de Clínica Geral.

A prestação de serviços no âmbito dos cuidados de saúde primários foi igualmente ajustada. Em 1999, com o novo regime de organização e funcionamento dos centros de saúde (*Decreto-Lei* n.º 157/99 de 10 de Maio), surgiram os “centros de saúde de terceira geração”. Estes, dotados de autonomia técnica, administrativa, financeira e de património próprio, articular-se-iam mais tarde, em 2003, com os cuidados hospitalares e continuados, numa rede integrada de serviços, a rede de cuidados de saúde primários, fundamental para a gestão dos problemas de Saúde, quer agudos, quer crónicos.

A aposta na reforma dos cuidados primários manteve-se como factor chave da modernização durante longo período, sendo que em 2005 (*Decreto-Lei* n.º 88/2005 de 3 de Junho) o funcionamento dos centros de saúde foi

organizado e reestruturado em unidades funcionais, nomeadamente, em unidades de saúde familiar (USF). Neste sentido, o *Despacho Normativo* n.º 9/2006 de 16 de Fevereiro e o n.º 10/2007 de 26 de Janeiro, regulamentaram a implementação das USF enquanto estruturas constituídas por uma equipa multidisciplinar, prestadora de cuidados de saúde personalizados a uma determinada população, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

A autonomia organizativa e funcional das USF, inspirada nas experiências anteriormente desenvolvidas nos centros de saúde, produziu novas formas de orientação na prestação dos cuidados. Entre outras, destacou-se o regime remuneratório experimental estabelecido para os médicos, cujo modelo, em vigor desde 1998, permitiu identificar ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utilizadores e profissionais. Com efeito, equipas portadoras de responsabilização partilhada e com prática cimentada na reflexão crítica e de confiança, constituíram o principal activo das USF. Neste sentido, em 2007 (*Decreto-Lei* n.º 298/2007 de 22 de Agosto), as USF foram definidas como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentavam em equipas multiprofissionais, com médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, que podiam organizar-se de acordo com um dos três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Orientados por princípios de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa, todos os seus elementos deveriam ainda procurar melhorar o seu próprio desempenho, numa gestão por objectivos e sob aplicação de incentivos. Simultaneamente, as ARS adoptaram um novo regime, com maior autonomia e acomodação funcional, exigido pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde (*Decreto-Lei* n.º 103/2007 de 29 de Maio).

Desta forma, visando o equilíbrio no acesso e na prestação dos seus serviços, em 2008, assistiu-se a mais um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (*Decreto-Lei* n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro). Considerados serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, agrupam várias unidades funcionais, como

USF, unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). A sua principal missão consiste em garantir a prestação de cuidados a população de determinada área geográfica, assente numa gestão rigorosa do acesso aos cuidados de saúde.

Assim, por entre remodelações e conquistas constantes, chegámos à actualidade, com USF e UCSP a prestar cuidados de Medicina Geral e Familiar, disciplina académica e científica com conteúdos educacionais e actividade clínica muito próprios. De facto, a MGF é considerada uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários, exercida por médicos aptos na gestão holística de problemas, centrados no indivíduo e sua família. Porém, para além da sua prestação clínica, cada vez mais o médico de família deve direccionar a sua prática para a gestão por objectivos, decorrente do processo de contratualização a que as unidades estão sujeitas. A necessidade de melhorar a produtividade, eficiência, efectividade e a qualidade nos cuidados prestados foi crescendo à medida que o tempo avançou e surgiram assim mecanismos de avaliação associados a incentivos (institucionais e financeiros) que passaram a constituir competência fundamental do médico de família. Consequentemente, em 2009, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que visa combater a escassa cultura da qualidade, o défice organizacional, assim como, o insuficiente apoio estruturado nas áreas de diagnóstico e decisão terapêutica.

Concluindo, o actual desafio na Saúde, passou de preocupações com a cobertura territorial e universalidade de cuidados, já consolidadas, para uma assistência prestada com qualidade e segurança. O utente, adquiriu o papel principal nos serviços que integram o sistema de saúde e passou a cliente, utilizador e proprietário desses mesmos serviços. O profissional de saúde, por sua vez, tornou-se responsável pelo desenvolvimento de um trabalho seguro e qualificado, devendo manter-se preparado para a constante remodelação das suas funções. A responsabilidade, a confidencialidade e a transparência assumiram-se como os valores primordiais na prestação de cuidados,

sendo que a actuação do médico de família deverá guiar-se por princípios orientados para o utente, com um compromisso e objectividade baseados na procura de excelência contínua.

Neste sentido, depreendo que o Interno de hoje em dia pode tornar-se uma mais-valia. De espírito novo, ávido de conhecimento científico, pode assumir-se como veículo de inovação e melhoria, quer própria, quer de toda a equipa. Reconheço que na Faculdade, indicadores de desempenho ou atingimento de metas contratualizadas são termos desconhecidos ou longinquamente abordados. No entanto, domínio em novas tecnologias, procura de informação em plataformas digitais ou partilha de experiências, com organização de eventos ou sessões de educação para a Saúde, constituem rotina formativa dos mesmos.

A actual conjuntura prova que a evolução dos cuidados de saúde primários não olvida esta tendência, aliando o desenvolvimento informático e tecnológico à ciência e ao desempenho profissional. Exemplo disso, são as plataformas de divulgação e análise de dados, como o Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), Sistema de Informação da ARS (SIARS) e BI das USF (projecto prioritário da Associação Nacional das USF). Estas complementam a informação de produção diária das unidades, permitem a sua visualização gráfica interactiva e acompanham a actividade dos inter pares, numa tendência crescente de *Benchmarking*.

Assim, de forma intuitiva, o actual domínio destas aplicações e de outras semelhantes, adquire papel fundamental na actividade médica e, se por um lado a participação activa dos Internos na sua exploração pode desenvolver um processo próprio de aquisição de competências, por outro, toda a equipa pode ser motivada a adoptar boas práticas e definir estratégias de auto-sustentabilidade.

Posto isto, julgo que aliar o saber e trabalho de uma equipa que luta por cumprir objectivos à vertente de inovação e análise cada vez mais abordada na Faculdade, pode constituir uma relação de benefício mútuo, sobretudo, na superação e satisfação pessoal, profissional e de quem diariamente os procura.



## Notícias



### Finanças dão 'sim' à Saúde para mais médicos e enfermeiros




“Os hospitais e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde já podem proceder à contratação de mil enfermeiros e 140 médicos assistentes, escreve o *Jornal de Negócios*.

No despacho em questão pode ler-se que, a partir da assinatura do contrato, os enfermeiros ficam obrigados a permanecer, no mínimo, durante três anos na instituição em causa. Se decidirem rescindir o contrato antes de completados os três anos 'ficam proibidos de celebrar novo contrato de trabalho, pelo período de dois anos, com qualquer entidade integrada no Serviço Nacional de Saúde'.

Relativamente ao pessoal médico, um outro despacho que, tal como o primeiro é assinado pelo secretário de Estado do Orçamento, Hélder Reis, e pelo ministro da Saúde, Paulo Macedo, dá 'luz verde' à contratação de 140 médicos assistentes.

'Não pode descurar-se que o número de médicos providos na categoria de assistente graduado sénior é fundamental, no âmbito do internato médico, para efeitos de reconhecimento da idoneidade formativa dos serviços e estabelecimentos e de determinação do número de capacidades formativas correspondentes', lê-se no despacho citado pelo *Jornal de Negócios*.”

Fonte: *Notícias ao Minuto*, 12 de Março



### Macedo anuncia concursos para médicos especialistas

“Pela primeira vez nos últimos dois anos vão avançar concursos abertos e institucionais para médicos especialistas.

Esta medida tinha sido reclamada pela Ordem dos Médicos. O anúncio do ministro da Saúde foi feito na comissão parlamentar de Saúde. Paulo Macedo diz que vão avançar de forma progressiva, com as devidas precauções, para evitar efeitos perversos de corrida de médicos para o litoral.”

Fonte: *RTP Notícias*, 11 de Março

### Ministério quer atrair médicos com incentivos de 900 euros durante seis meses

“Os médicos que aceitem ir trabalhar para zonas carenciadas vão receber incentivos que serão de 900 euros nos primeiros seis meses, 450 euros nos seis meses seguintes e, depois disso, de 275 euros mensais, no restante período de quatro anos, adiantou segun-

da-feira o Ministério da Saúde (MS). Esta terça-feira, foi publicado outro diploma que define o valor dos incentivos para médicos que aceitem fazer consultas ou cirurgias em unidades de saúde que distem mais de 60 km do local de trabalho. O valor é de 200 euros por dia.”

Fonte: *Público*, 9 de Março



www.spgsaude.pt

**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.



**SPGS**  
Sociedade Portuguesa  
de Gestão de Saúde

Sede Provisória:  
Avenida Cidade de Montgeron, 212  
4490-402 Póvoa de Varzim  
E-mail: info@spgsaude.pt  
Fax: 252 688 939

## Ficha de inscrição para Associado Efectivo\*

Nome \_\_\_\_\_

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha \_\_\_\_\_

Endereço para contacto \_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Quota anual de 50€



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

