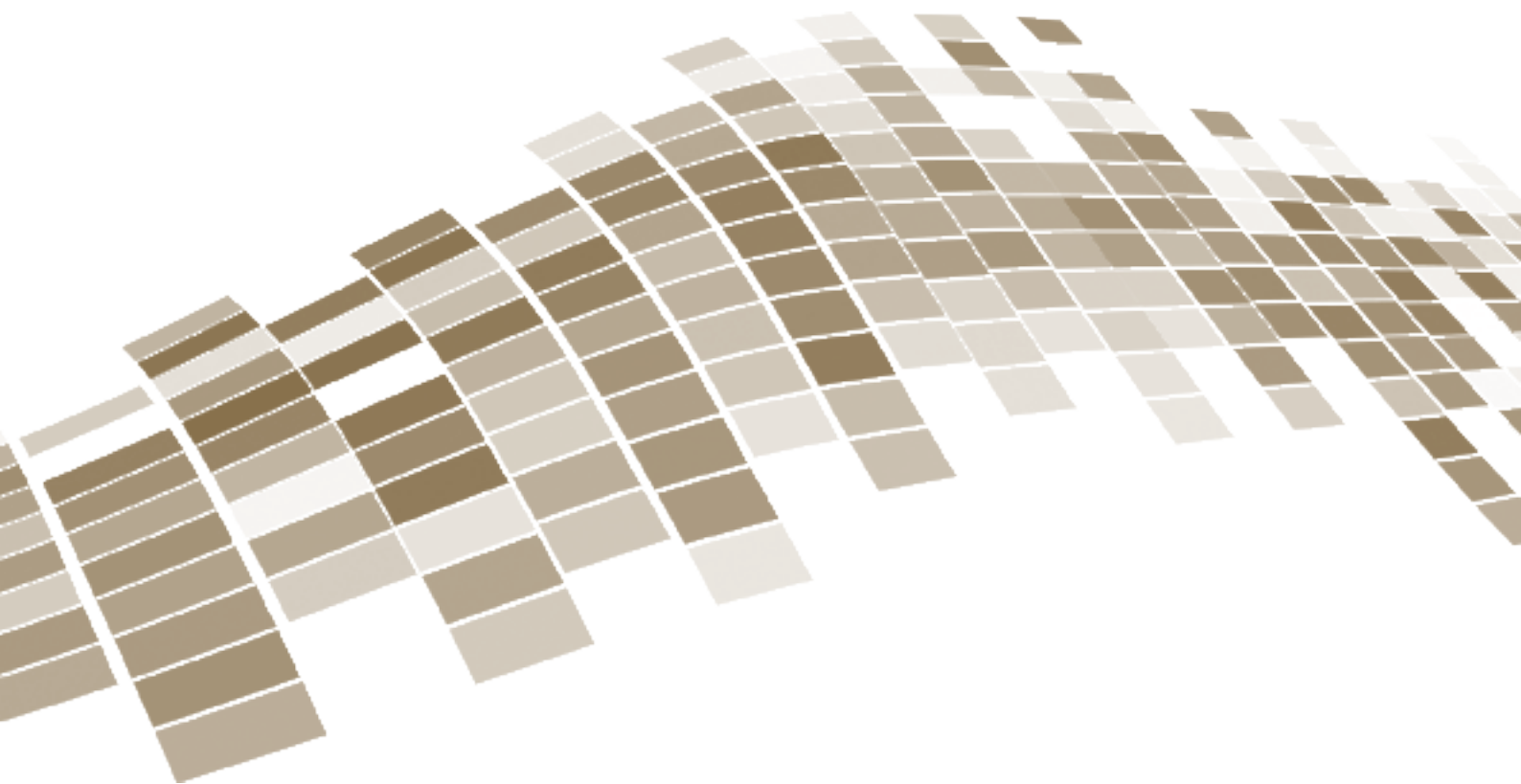


Revista Portuguesa de
Gestão & Saúde

Diretor: Miguel Sousa Neves • email: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • julho 2015 • N.º 16



A Solidez de apresentar uma Proposta para o Futuro **Fernando Leal da Costa**

Estratégia para a Saúde na próxima legislatura:
visão e proposta do BE

Bloco de Esquerda

Instrumento para avaliação do clima de
segurança do doente em Portugal

Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva

Pensar a Saúde

Artur Osório de Araújo

O papel do enfermeiro na farmácia comunitária
- a multidisciplinaridade entre profissões e a
facilidade no acesso

Ruben Loureiro, Ana Catarina Silva

Índice

- 4 Estatuto Editorial
- 5 Mensagem
Miguel Sousa Neves
- 6 A Solidez de apresentar uma Proposta
para o Futuro
Fernando Leal da Costa
- 16 Estratégia para a Saúde na próxima legislatura:
visão e proposta do BE
Bloco de Esquerda
- 18 Pensar a Saúde
Artur Osório de Araújo
- 20 Instrumento para avaliação do clima
de segurança do doente em Portugal
Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva
- 23 Notícias
- 24 O papel do enfermeiro na farmácia comunitária
- a multidisciplinaridade entre profissões
e a facilidade no acesso
Ruben Loureiro, Ana Catarina Silva
- 28 Sites
- 29 Livros
- 30 Ficha de inscrição de sócio da SPGS

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 16 • julho 2015

DIRETOR

Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO

Marinha Abreu

REDAÇÃO, 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
Site: www.spgsaude.pt

DEPÓSITO LEGAL

239095/06

REGISTO ICS

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

PERIODICIDADE

Quadrimestral

PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO

RPO

TIRAGEM

2.500 exemplares

Estatuto editorial



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objetivo 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 diretores 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 atividade.

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 adota como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela atualidade 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 refletem, 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 Redação 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 atualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto direto na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Mensagem

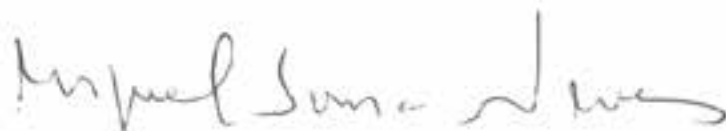


Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

Colocámos a revista, nesta edição, ao dispor dos partidos com assento parlamentar para poderem expor as suas ideias/estratégias na área da Saúde para os próximos anos. Também pedimos ao Governo que pudesse fazer um balanço e perspetivas de futuro.

Aqueles que anuíram têm os textos colocados na íntegra aqui na revista. Um agradecimento sincero.

Aproveito para desejar a todos um verão agradável.



A Solidez de apresentar uma Proposta para o Futuro

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

Autor

“...built with expensively borrowed money, back in the carefree days of New Labour.”

Ian McEwan, The Children Act, 2014

Os dias do dinheiro fácil, os dias em que pagar dívidas seria “ideia de crianças” acabaram de forma ruínosa. Será que a oposição nacional pretende voltar a este estado de coisas? A extrema-esquerda, PCP incluído, defende posições anacrónicas e insustentáveis. O PS, entalado entre tentar ser social-democrata ou marxista de última geração, tarda em definir-se.

Começaram todos com a tese do “desmantelamento” do SNS – a tese da esquerda empedernida – para terem de constatar que, afinal, o SNS está aí para durar. Dói-lhes que a Saúde dos Portugueses tenha estado a melhorar continuada e ininterruptamente nos últimos quatro anos, coisa que não se imaginava possível no estado em que o Governo do PS a deixou e, como lhes dói, persistem em fugir da verdade, refugiados em análises parciais e incompletas que exibem como grandes evidências do descalabro que se deveria ter instalado mas, simplesmente, não aconteceu.

Como lhes falhou o “desmantelamento”, já não sendo possível apostar na reconstrução Pombalina de um SNS devastado, os socialistas optaram por seguir a via “criativa” da revisitação do passado. Com tanto comício, grupo de trabalho, sessão explicativa, reunião noturna, passeio diurno, reflexão, laboratório, gabinete, retiro, eu sei lá, peritos, curiosos, amadores, camaradas, pensadores, filósofos e professores,

escritores, gestores e administradores, especialistas e coristas, não houve uma alma com uma ideia que ainda não tivesse já sido produzida ou realizada por este Governo? O maior arrojo são as 100 novas USF em 4 anos quando, em apenas 3 anos, já tínhamos promovido a abertura de 117. Pouco, muito pouco mesmo. O Governo em funções apresenta serviço, muito serviço e muita obra, e o putativo pretendente à sucessão deveria apresentar novidades e alternativas. Onde estão elas?

Contudo, a contenção nas promessas abre a possibilidade de que, num futuro próximo, a ala sensata e verdadeiramente social-democrata do PS possa contribuir para a manutenção tácita do acordo de regime, nunca escrito mas sempre em vigor, que tem permitido o sucesso dos 35 anos de SNS. Depois do Governo ter recuperado as bases de sustentabilidade técnica e financeira do SNS há razões para acreditar que existirão acordos políticos com dimensão e qualidade suficiente para que grande parte das propostas, que a seguir elencarei, se possam concretizar.

Chegados ao Governo, em junho de 2011, encontrámos um sistema de saúde com potencialidades mas demasiadamente endividado, sob a pressão de uma carga exagerada de doença na população, ou seja, com envelhecimento pouco saudável. A força de trabalho estava desmotivada, já sujeita a cortes salariais que tivemos de aprofundar nas horas extraordinárias, e com concursos de progressão de carreira bloqueados. O sistema de saúde estava também sob pressão de custos galopantes de novas tecnologias

e refém de uma incapacidade negocial do Estado para com os fornecedores, indústria farmacêutica em especial - lembremo-nos das ameaças de cortes de fornecimentos que a Roche, num momento muito infeliz, protagonizou. Descobrimos cerca de 3,7 mil milhões de Euros de dívidas que só vieram a tornar-se patentes ao longo dos meses seguintes a termos iniciado funções.

Do ponto de vista político, ao longo de quase todos estes últimos quatro anos, houve sempre uma enorme incapacidade de ajudar por parte dos partidos da oposição. O exemplo mais claro desta posição foi o branqueamento que encetaram da sua responsabilidade sobre o Memorando de Entendimento com a “Tróika” (FMI, BCE e Comissão) e o discurso de que foi tudo feito, apesar de bem feito, “para lá da Tróika”. A verdade é que, com todas as dificuldades que já enumerei, foram tomadas medidas e conseguidos resultados que merecem ser reconhecidos:

1. Introduzimos 23 novos medicamentos inovadores para uso hospitalar e foram atribuídas participações a mais 22 medicamentos de uso ambulatorio.
2. Os medicamentos estão mais baratos em cerca de 27% para o público e os genéricos estão 53% mais baratos. Com tudo isto, a dispensa de medicamentos em ambulatorio aumentou.
3. Pela primeira vez assistiu-se a diminuição da despesa, sem diminuição de consumo, de medicamentos hospitalares, como o aumento das sessões de hospital de dia em Oncologia tem demonstrado.

Quadro I: Indicadores de Saúde para Portugal 2008-2014

Indicadores	Anos						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
População residente (x1000)	10563,0	10573,5	10572,7	10542,4	10487,3	10427,3	10374,8
Número de nados vivos	104594	99491	101381	96856	89841	82787	82367
Número de óbitos (a)	104280	104434	105954	102848	107612	106545	104790
Saldo fisiológico	314	-4943	-4573	-5992	-17771	-23758	-22423
Índice sintético de fecundidade (descendência média / mulher)	1,40	1,35	1,39	1,35	1,28	1,21	1,23
Taxa bruta de natalidade (/1000 habitantes)	9,9	9,4	9,6	9,2	8,5	7,9	7,9
Taxa bruta de mortalidade (/1000 habitantes)	9,88	9,88	10,02	9,74	10,23	10,19	10,07
Taxa de mortalidade infantil (/1000 nados vivos)	3,25	3,64	2,53	3,12	3,37	2,95	2,80
Taxa de mortalidade neonatal (/1000 nados vivos)	2,1	2,5	1,7	2,4	2,2	1,9	2,1
Taxa de mortalidade neonatal precoce (/1000 nados vivos)	1,5	1,7	1,1	1,5	1,5	1,2	1,5
Taxa de mortalidade pós-neonatal (/1000 nados vivos)	1,2	1,2	0,9	0,7	1,2	1,0	0,8
Taxa de mortalidade perinatal de 28 e mais semanas (/1000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 semanas)	4,0	4,6	3,5	3,9	4,2	3,4	3,7
Taxa de mortalidade fetal de 28 e mais semanas (/1000 (nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 semanas)	2,5	2,9	2,4	2,3	2,8	2,2	2,3
Mortalidade antes dos 5 anos de idade (/1000 nados vivos)	4,0	4,5	3,2	3,8	4,1	3,8	3,5
Mortalidade materna (/100 000 nados vivos)	3,82	7,04	7,89	5,16	4,45	6,04	--
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (/100 000 habitantes)	316,7	313,4	316,7	299,0	311,7	300,5	--
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (/100 000 habitantes)	136,8	133,9	135,1	125,3	128,6	117,2	--
Taxa de mortalidade por tumores malignos (/100 000 habitantes)	225,4	228,4	234,2	241,9	244,4	247,4	--
Taxa de mortalidade por tumor maligno do cólon e reto (/100 000 habitantes)	33,8	33,9	35,1	35,9	35,9	36,8	--
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório (/100 000 habitantes)	108,8	114,5	110,7	112,9	132,2	120,6	--
Taxa de mortalidade por acidentes de transporte (/100 000 habitantes)	9,9	9,8	9,4	9,1	6,7	7,2	--
Mortalidade prematura (antes de 70 anos) (nº de óbitos)	25418	26092	25541	25174	24944	24810	23991
(percentagem de óbitos) *	24,4%	24,3%	23,5%	23,8%	22,5%	22,6%	22,1%
Anos potenciais de vida perdidos por todas as causas de morte, antes 70 anos (x1000)	387,1	383,3	366,8	355,1	342,9	328,7	--
	2006 - 2008	2007 - 2009	2008 - 2010	2009 - 2011	2010 - 2012	2011 - 2013	2012 - 2014
Esperança de vida à nascença (HM)	78,74	78,94	79,29	79,55	79,78	80,00	80,24
Esperança de vida à nascença (H)	75,49	75,84	76,17	76,47	76,67	76,91	77,16
Esperança de vida à nascença (M)	81,81	81,87	82,19	82,43	82,59	82,79	83,03
Esperança de vida aos 65 anos (HM)	18,21	18,28	18,59	18,75	18,84	18,97	19,12
Esperança de vida aos 65 anos (H)	16,35	16,48	16,74	16,92	16,94	17,07	17,23
Esperança de vida aos 65 anos (M)	19,70	19,74	20,03	20,20	20,27	20,40	20,55

Óbitos de indivíduos residentes em Portugal

* Óbitos <70 anos /n.º total de óbitos

Fonte: INE, IP

4. Desenvolveu-se um sistema nacional de avaliação de tecnologias de saúde (SINATS).
5. Legislámos sobre conflitos de interesses de uma forma nunca antes feita, procurando separação e transparência.
6. Já há Formulário Nacional de Medicamentos, embora ainda a precisar de ser incrementado, elemento que constava de sucessivos programas de Governo anteriores ao nosso e nunca tinha sido feito.
7. Introduziu-se um regime de prescrição obrigatória por DCI. A desmaterialização completa da receita está em curso.
8. Criou-se a Plataforma de Dados de Saúde que até já foi internacionalmente premiada.
9. Há um sistema eletrónico de certificação e notificação de óbito (SICO) que é louvado e cobijado por outros Países.
10. A DGS desenvolveu um *dashboard* de indicadores *on-line* para consulta pública.
11. O Boletim de Saúde Infantil foi informatizado.
12. Nunca houve tantos utentes isentos de taxas moderadoras. Em finais de 2011 havia 4.318.471 utentes isentos e, no fim de 2014, já eram 5.385.157 utentes isentos. Em 2015 as isenções chegaram, finalmente, a todos os menores, depois de anos socialistas em que só eram aplicadas até aos 12 anos de idade.
13. Há mais consultas em todo o SNS e as consultas presenciais já davam sinais de crescimento em finais de abril de 2015, depois de alguma diminuição em anos anteriores.
14. Há menos utentes sem médico de família e o número de utilizadores de cuidados primários tem vindo a aumentar sendo já de 4.750.968 no final abril de 2015, havendo, no final de 2014, ligeiramente mais de 7 milhões de utentes com, pelo menos, uma consulta de cuidados primários e este número tem tido crescimento nos últimos anos.
15. O número total de cirurgias aumentou de 460 mil em 2011 para 505 mil no final de 2014. Há mais cirurgias de ambulatório. Já eram mais de 55% do total de cirurgias no final de 2014, sendo 48% em 2011.
16. Há mais episódios de urgência (ultrapassam os 6 milhões de episódios por ano).
17. Abriam-se concursos para contratações e para progressão nas carreiras que estavam fechados, ou por concluir, há anos.
18. Houve contratações e progressões de profissionais e o número líquido de médicos cresceu, apesar do elevado número de aposentações. O número de novos médicos e de especialistas tem vindo a crescer depois de longos anos de excesso de clausura nos números de acesso às escolas médicas. O Ministério da Saúde é o maior contratador da administração pública.
19. Definiu-se a tabela salarial de médicos para o regime de 40h semanais.
20. Alargámos a cobertura de meios e melhorámos, muito significativamente, as respostas na emergência pré-hospitalar.
21. Implementámos um programa de desfibrilhação em locais públicos e iniciámos a formação escolar em suporte básico de vida.
22. Gastaram-se mais de 20 milhões de euros em obras em serviços de urgência.
23. O investimento total em Hospitais foi de 123,6 milhões de Euros, para melhoramentos.
24. O investimento público nos Institutos de Oncologia, adicional ao investimento já mencionado em outros Hospitais, foi de 90 milhões de Euros.
25. A rede de cuidados primários beneficiou com 39 milhões de Euros em investimentos estruturais.
26. Até agosto de 2015 teremos mais de 120 novas USF-A, 51 transições para USF-B, 116 novas UCC e 26 novas UCSP, ou seja, unidades estruturalmente novas.
27. O número de lugares de internamento em unidades de cuidados continuados aumentou em 38% (7.160 lugares no final de 2014, 6.975 se retirarmos as 185 camas de cuidados paliativos) e o dispêndio de meios financeiros na rede aumentou em mais de 25%, até finais de 2014, indo ainda aumentar de forma substancial este ano, nomeadamente com a autorização de abertura de mais lugares e unidades para cuidados continuados (568), cuidados continuados para saúde mental (312) e paliativos (71), num total de mais 951 lugares.
28. Entreviemos na área da prevenção:
 - a. do tabagismo,
 - b. do consumo excessivo de álcool,
 - c. nas drogas ilícitas,
 - d. na eliminação do comércio legal das "lícitas",
 - e. na prevenção rodoviária,
 - f. na redução da taxa de cesarianas,
 - g. na diabetes e
 - h. na alimentação.
29. Promovemos a criação de Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes.
30. Alargámos a vacinação gratuita contra a gripe sazonal aos idosos e nunca tinha havido uma tão grande cobertura vacinal antigripal sazonal como em 2014 e 2015 (mais de 60% das pessoas com mais de 65 anos).
31. Introduzimos a vacina anti-pneumococo no plano nacional de vacinação. Temos coberturas vacinais excelentes que não decaíram nos anos da crise, com uma referência para a vacinação anti-HPV que é uma das maiores do mundo.
32. Mostrámos a nossa capacidade de resposta, internacionalmente louvada, a um grande surto nacional de Legionella e à ameaça do Ébola. Fomos avaliados muito positivamente pelo ECDC e pelo CDC quanto à nossa capacidade de resposta a ameaças infecciosas epidémicas.
33. Foram tomadas medidas para estimular a colheita e transplantação de órgãos e tecidos, nomeadamente com a criação de um programa de colheita em dadores com paragem cardíaca e pelo estímulo a programas com dador vivo. Depois de anos de quebra os números de transplantações em 2014 estavam em recuperação.
34. Finalmente, há um seguro para dadores de sangue.
35. Criámos um programa de segurança de doentes, reformulámos a estratégia nacional para a qualidade na saúde.
36. Promovemos e implementámos normas de orientação clínica em conjunto com a Ordem dos Médicos.
37. Reforçámos a rede de comissões de qualidade e segurança, agora também em cuidados de saúde primários.

38. Preparamo-nos para monitorizar regularmente a qualidade com um conjunto de indicadores que antes não eram calculados nem apresentados.
39. O Plano Nacional de Acreditação de Unidades de Saúde já tem 122 processos em curso e 20 concluídos.
40. A OCDE avaliou e teceu considerações elogiosas e encorajantes sobre a saúde em Portugal:
“The Portuguese health system has responded well to financial pressures over recent years, successfully balancing twin priorities of financial consolidation and continuous quality improvement... Overall, the Portuguese health system appears to be delivering high quality care at low cost (OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal, Raising Standards, Paris 2015)”.
41. O índice da Health Consumer Power House de 2014, elaborado em 2015, colocou Portugal em 13.º em 37 Países (a melhor classificação de sempre), quando estávamos em 25.º lugar em 2012. Nesse ano, o comentário era de que:
“Portugal... Seems to be one of the rather few countries (along with Spain?), where the financial crisis has had notable effect on the healthcare system”.
 Dois anos depois,
“in 2014, Portugal advances to 13th place with 722 points, just ahead of the UK! This is all the more remarkable, as Portugal is one of the countries most notably affected by the euro crisis!”
42. Portugal estava, em 2014, em 36/144, estando a saúde em 26/144 no Ranking do Fórum Mundial da Competitividade.
43. Criou-se um fundo para investigação em saúde no âmbito do Ministério da Saúde, o primeiro do seu género.
44. Reviu-se a lei de investigação que deixou de ser apenas dedicada a ensaios clínicos com fármacos.
45. Está a ser ultimada a legislação que permitirá tempo protegido para investigação médica.
46. Os hospitais do SNS terão um serviço de investigação, epidemiologia e saúde pública.
47. Alterámos o Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde e o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sediados a nível nacional, regional e local, onde incluímos as 10 operações essenciais de saúde pública da OMS.
48. Foram acrescentados ganhos de saúde mensuráveis por indicadores internacionalmente reconhecidos – incluindo aqueles que se consideram vulneráveis a crises sociais e económicas como são a mortalidade infantil, a mortalidade abaixo dos cinco anos, a mortalidade prematura, a taxa de suicídios, os novos casos de tuberculose, o consumo e o número de mortes por consumo de drogas. Passo a citar:
“Todos os indicadores materno-infantis continuam a colocar Portugal num patamar ímpar a nível mundial. A taxa de mortalidade infantil voltou a descer para 2,8 por mil nascimentos vivos, em 2014; A mortalidade antes dos cinco anos é residual se excluída a componente infantil (até menos de um ano de idade); A mortalidade geral antes dos 70 anos voltou a descer, situando-se agora em 22% em 2014, estando muito próxima da meta fixada para o ano 2020 (20% do total dos óbitos); Os ganhos no último quinquénio são nítidos ao analisar a mortalidade prematura (antes dos 70 anos de idade) em termos específicos: acidentes, doenças do aparelho respiratório, nas doenças do aparelho digestivo, nas doenças infecciosas e parasitárias e, entre 2010 e 2013, nas doenças do aparelho respiratório. Os Portugueses agora vivem mais tempo e com mais saúde; Portugal, no domínio das doenças respiratórias crónicas, continua a registar melhorias, nomeadamente, a morte intra-hospitalar por asma foi reduzida; No âmbito das doenças crónicas houve ganhos mais marcantes nas doenças do aparelho circulatório, em particular o acidente vascular cerebral e enfarte miocárdio, em 2013, com ganhos mais acentuados do que em anos anteriores;
- A tuberculose, pela primeira vez desde que há registos, colocou Portugal como país de baixa incidência;*
A sida tem agora menos casos novos todos os anos, menos 200 casos do que no ano anterior;
Foi controlada a transmissão de vírus da sida da mãe ao filho quando a grávida está infetada;
A vacinação tem níveis de cobertura considerados dos mais elevados a nível mundial: foram já eliminadas a poliomielite aguda, o sarampo, a rubéola e a difteria;
A esperança de viver evidencia tendência progressiva de aumento quer à nascença, quer aos 45 anos, quer aos 65 e também aos 75 anos;
Os níveis de satisfação dos Portugueses com a sua própria saúde mostram estabilidade não havendo sinais de degradação. Comparando os anos de 2003 a 2008 e de 2009 a 2014 observou-se melhoria dos indicadores registados e não existe evidência de que as medidas usadas para combater a crise económica e financeira tenham prejudicado a saúde dos portugueses, havendo até dados que mostram o contrário.
A análise possível destes e de outros dados como os do acesso a cuidados, satisfação de utentes e uso de medicamentos, confirmam que o Serviço Nacional de Saúde e o sistema de saúde português cumpriram a sua missão, melhoraram o seu desempenho e puderam ajustar-se de forma a gerarem ganhos de saúde (<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a++saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/saude+port+persp+2015.htm>) (Quadro I).”
49. Os índices de satisfação sucessivamente medidos em inquérito dirigidos a quem usa o sistema e verdadeiramente o pode apreciar e julgar, os utentes, mostram resultados alinhados ou melhores do que os resultados da OCDE (<https://www.dgs.pt/em-destaque/utentes-portugueses-satisfeitos-com-o-sistema-de-saude.aspx>).
50. Conseguimos melhores resultados de saúde ao mesmo tempo que se conseguiu reduzir a dívida total em 61% (para 1,4 mil milhões de Euros) e reduzir os “arrears” de dívida de 1,8 mil milhões

para 548 milhões (Quadro 2).

O maior elogio que este Ministério poderia ter recebido veio da boca do Senhor Presidente da ERS (*Jornal Público*, 2 de julho de 2015). Fizemos, nas palavras do Professor Jorge Simões, “gestão corrente” na saúde nos últimos quatro anos! Num dos períodos de maior anormalidade financeira que se conheceu na história mundial e no meio de enormes riscos sociais e para a saúde, com epidemias e restrições, conseguimos fazer “gestão corrente” e ainda tudo o mais que enumerei nos 50 pontos anteriores. É obra.

Em suma melhorámos no meio de enormes dificuldades mas, não obstante as correções introduzidas, ainda há áreas que terão de continuar a ser abordadas nos próximos anos. Sabemos o que ainda não está bem e o que deve ser feito para que a saúde seja melhor. O alargamento que fizemos do Plano Nacional de Saúde, até 2020 e agora com metas mais ambiciosas, é uma assunção de vontade e capacidade que foi recentemente reconhecida pela OMS Europa.

“The NHP extension to 2020 is significantly aligned with the Health 2020 policy framework. It is guided by explicit principles and values, with a strong health gain goal, and is built on a solid evidence base. Consistent with Health 2020, it emphasizes improvements in health and well-being, equity, whole of society approaches and access to quality health services. It is visionary, as a continuum from previous NHPs, and could benefit from yet further alignment with H2020”.

Reconhecer e assumir os problemas é a única forma de os tentar resolver. Ignorar o que está mal, perpetuar o desconhecimento das dificuldades e da sua génese, impede que apareçam soluções. Por isso, temos de aceitar que há um conjunto de problemas que ainda têm de ser resolvidos porque, tendo sido herdados, não puderam ser resolvidos no âmbito de um ciclo de quatro anos de Governo.

Ainda há entre 12 a 13% de utentes sem médico de família – conhecimento que agora se tem com uma certeza que em 2011 não existia – e no fim do ano, concluídas todas as medidas em curso – continuação da atualização das listas de utentes, contratação de mais médicos, contratação de IPSS em zonas especialmente carenciadas

e alargamento das listas de utentes de cada médico –, ainda ficarão cerca de 500 a 600 mil pessoas por inscrever em lista de médico de família, o que será cerca de 7 a 8% de utentes utilizadores. Há excesso de procura de serviços de urgência e demasiada procura de consultas de especialidades com prática hospitalar. Prescrevem-se demasiados medicamentos e MCDT. Ainda há, apesar das melhorias continuadas, demasiada espera por consultas hospitalares no sector público e por cirurgias. Há equipamentos que precisam de ser substituídos. É preciso proceder à substituição dos hospitais do CHLC por uma unidade na zona oriental de Lisboa, mas há mais casos de necessidade de substituição e construção de imóveis hospitalares. Há assimetrias regionais que vão persistir mas que devem ser ainda mais atenuadas. O País tem uma divisão de rendimentos que se pode definir como sendo oeste mais rico e leste mais pobre, mas é nas regiões urbanas de maior densidade populacional que há maior número de pobres (mas note-se que, de acordo com a Save the Children em 2015, Lisboa era 5.^a melhor cidade no ranking de mortalidade infantil entre as 25 capitais com maior desenvolvimento económico). É preciso concluir e alargar o programa de revitalização de centros de saúde que está em curso. A lógica geográfica de referenciação hospitalar precisa de ser melhorada em alguns concelhos nas zonas de transição das ARS. Os “não médicos” ainda não são em número suficiente e o seu papel ainda não é totalmente abrangente no quadro geral dos profissionais de saúde. Ainda não há um modelo ideal de formação de médicos e de enfermeiros e há falhas na cooperação e colaboração entre estes dois sectores fundamentais. Os idosos não têm assistência suficientemente especializada e dirigida para eles, tal como temos uma população envelhecida geralmente doente. Ainda não somos suficientemente bons em ir ao encontro das pessoas. O número de lugares em internamento e para apoio domiciliário de cuidados continuados ainda não é suficiente. Ainda se vai morrer com grande frequência nos hospitais quando o óbito deveria poder ser mais frequentemente acompanhado em casa. Há poucos apoios comunitários para a saúde mental. Ainda temos de melhorar na mortalidade

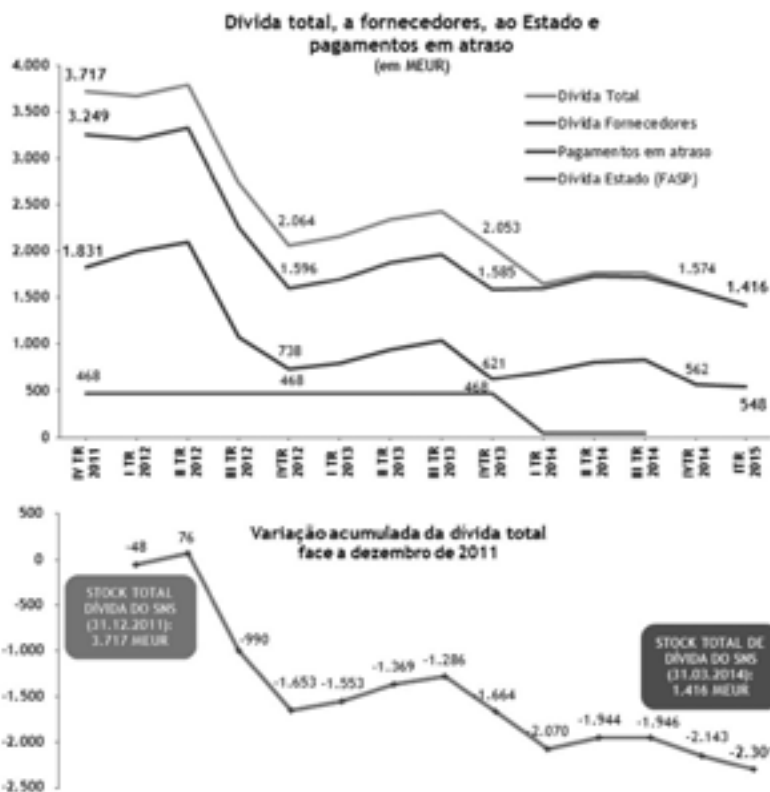
prematura mas é preciso começar por reduzir a incidência da diabetes, da hipertensão arterial e dos AVC, cuja mortalidade é exagerada. Os nossos índices de atividade física são muito baixos. Temos demasiados obesos e as crianças gordas têm de nos preocupar. Tem de haver maior intervenção da saúde nas escolas de todos os níveis de ensino, do básico ao universitário. Ainda há demasiado risco alimentar. Os nossos níveis de saúde oral, apesar do alargamento aos 15 anos do programa do cheque dentista e do programa de rastreio de cancro oral, ainda são insuficientes.

O SNS Português sofre dos mesmos problemas básicos de SNS semelhantes ao nosso, muito em particular em linha com os problemas identificados no NHS Inglês, todos eles de resolução difícil. Há uma “angústia” comum nos sistemas que cresceram sempre numa perspectiva de promessas feitas antes de se verificar se poderiam ser continuamente cumpridas a longo prazo.

“...an ageing population, an epidemic of long-term conditions, lifestyle risk factors in the young and greater public expectations. Combined with rising costs and constrained financial resources, these trends pose the greatest challenge in the NHS’s 65-year history... Without bold and transformative change to how services are delivered, a high quality yet free at the point of use health service will not be available to future generations. Not only will the NHS become financially unsustainable, the safety and quality of patient care will decline” (The NHS Belongs to the People: A Call to Action, Julho 2013 http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/07/nhs_belongs.pdf).

Em “Melhor Saúde para Um Estado Melhor” (Revista Portuguesa de Gestão e Saúde, 2014(13):6-9.) eu já tinha identificado um conjunto de áreas que considere como prioritárias (*italico*) e que agora completo com ações tomadas no entretanto.

- *Aumentar a capacidade de planeamento central* – reforçámos a coordenação da DGS e da ACSS.
- *Completar a distribuição territorial dos serviços de atendimento de emergência e urgência, cuidados primários e continuados que sirvam as populações necessitadas* – o que tem sido sucessivamente feito, ficando apenas por concluir a distribuição de



Fonte: ACSS

- unidades de cuidados continuados.
- 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 – temos mantido diálogo com sindicatos e há negociações de carreiras em curso.
- Impõe-se regulamentar a formação profissional – o Internato Médico foi modificado por este Governo.
- Necessitamos de rever e expandir as capacidades de atuação dos diferentes profissionais – já estamos a instalar enfermeiros de família, alargámos a capacidade de atuação dos enfermeiros nas urgências hospitalares, reforçámos o papel dos TAE no INEM, regulámos as Terapêuticas Não Convencionais.
- É preciso continuar a regular conflitos de interesses – há necessidade de introduzir coimas para as violações de não revelação de conflitos de interesses.
- Temos de desenvolver uma cultura de qualidade e segurança – criámos um plano nacional de segurança de doentes, alargámos a acreditação e revimos a estratégia nacional de qualidade, ao mesmo tempo que começámos a divulgação de indicadores de resultados no SNS, como já foi escrito atrás.
- O Estado tem de ser capaz de financiar investigação independente e útil para os interesses das populações – criámos o fundo de investigação público para a saúde.
- Há que concluir a informatização da informação clínica, concluir a desmaterialização do receituário e prosseguir na senda de registar, monitorizar, analisar e divulgar informação – a PDS até já foi internacionalmente premiada e estamos a alargar a prescrição desmaterializada.
- É necessário avaliar tecnologias de saúde de forma sistemática e tirar consequências dessa avaliação – criámos o SINATS e o Formulário Nacional de Medicamentos está em fase de alargamento e divulgação.
- 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 – é um desígnio de futuro.
- 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 adoção, simultânea, de mais práticas próximas de “Bismarck” – a grande questão a que ninguém com responsabilidades poderá fugir no próximo ciclo legislativo. Os sectores social e privado têm de ter uma maior intervenção complementar e alternativa ao SNS. A verdade é que já lançámos concurso para convenções e estamos a preparar o alargamento de prestação de cuidados na comunidade a unidades de base municipal e os cuidados primários a IPSS em zonas de carência maior de profissionais. Passado este introito vejamos áreas concretas de intervenção em Saúde, com menção a medidas que devem ser concretizadas e

que normalmente apenas são afloradas nas generalidades programáticas. O enfoque será dado nos pontos que habitualmente estão omissos nas “listas de compras” que se apresentam aos eleitorados e que são as questões para sujeitar a maior debate público nos próximos anos.

Todos estaremos de acordo que a prevenção das doenças deve ser a primeira área de intervenção do Governo. A literatura é vasta e toda ela demonstra e reforça as vantagens económicas de ter e manter uma população maioritariamente saudável (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf?ua=1).

Em Portugal, ao contrário do que se poderá imaginar, tem havido investimento nesta área. Em 2014 foram gastos 40 milhões de Euros, em prevenção primária e secundária. Em 2015 o orçamentado para ações de prevenção, incluindo o PNV, é de 58 milhões de Euros. Em termos de percentagem de despesa do MS é ainda pouco mas as despesas em prevenção primária e secundária não podem ser apenas vistas na ótica do Ministério da Saúde. No entanto, é fundamental que os organismos responsáveis pelas ações de prevenção tenham acesso mais rápido aos fundos disponíveis e que aos gastos continue a estar associada a apresentação e monitorização de resultados como temos feito e não acontecia antes de 2011. As áreas prioritárias estão identificadas nos Programas que já existem. Os dados que se conhecem exigem um reforço de intervenção na área alimentar para a redução do consumo calórico exagerado e da ingestão diária de sal (Quadro 3). A estratégia para a promoção da atividade física terá de ser implementada de forma plurisectorial mas com um forte enquadramento no desenho proposto pela DGS. A política alimentar deverá ser focada na promoção de produtos nacionais e nos alimentos vegetais não processados com reforço da ingestão de água e não de refrigerantes ou de bebidas com açúcar adicionado. Se é verdade que há desperdício de alimentos não consumidos, a maior fonte de desperdício alimentar é o excesso de consumo que não serve ao próprio e prejudica quem não tem forma de comer melhor. O dado mais satisfatório é a antecipação de que o COSI (*child obesity*)

da OMS talvez nos traga boas notícias, na comparação de 2010 com 2013, e lá se vai mais um dos efeitos do “desmantelamento” e da “crise”.

Sobre o consumo de tabaco, álcool e drogas há que continuar o aprofundamento da legislação com especial interesse no apoio à cessação e à prevenção de início de consumo entre jovens. Terá de ser desenvolvida uma política fiscal inteligente que proteja os cidadãos da tendência para aumento de consumo que irá surgir com a retoma económica. Por outro lado, sendo desejável e expectável a diminuição do IVA, ainda que em prazo não determinado, deverá ocorrer sem beneficiar os produtos potencialmente mais nocivos, incluindo alimentos com elevados teor de sal e açúcar, estes últimos em especial. Igualmente, deverá haver um progressivo ajustamento do preço do tabaco à média europeia, ainda que as comparações devam ser feitas em termos de ppp, com relevo para impostos específicos e não apenas *ad valorem*. Terá de se construir um modelo de comparticipação de medicamentos e tratamentos para ajudar a deixar de fumar que contemple “prémios” ao sucesso.

A fiscalidade do vinho tem de ser repensada e aproximada do que se pratica para as outras bebidas com álcool, em especial no que ao IVA diz respeito de forma a não perturbar o potencial exportador. Portugal tem de lutar por uma nova Estratégia Europeia para os Problemas Ligados ao Álcool. A discussão sobre as dependências deve continuar a ser feita de forma inclusiva, sem tabus e com atenção às experiências internacionais. Não se poderá cair no simplismo de uma discussão de legalização *versus* proibição (o que não impede que a descriminalização se mantenha), da mesma forma que o uso terapêutico de drogas psicotrópicas – opiáceos e canabinóides em particular – só pode ser concebido na esfera regulatória da autoridade competente com um enquadramento de riscos contra benefícios, numa abordagem médica e não filosófica.

No que à prevenção da proliferação de bactérias resistentes a antibióticos diz respeito convirá que não se abandonem medidas mais draconianas de controlo de dispensa de antibióticos que poderão ter de passar por uma revisão da política de PVP para estes medicamentos que ainda são demasiado

usados em ambulatório, além de controlar os erros de prescrição. Mas o mais importante será assumir que há comportamentos a mudar e aceitar que melhorar a higiene e o *dress code* profissional de médicos e enfermeiros é parte de programas de acreditação no que às medidas de controlo de infeção diz respeito.

Um dos aspectos que tem sido sistematicamente referido como sendo um efeito benéfico das crises económicas na saúde é a redução da sinistralidade e da mortalidade rodoviárias. Em Portugal, como no resto da Europa, depois de um período de diminuição de acidentes nas estradas, está a assistir-se a um recrudescimento desta causa de morbilidade, incapacidade e morte. Era o que se esperava que poderia acontecer com a retoma económica e com o aumento do poder de compra de combustíveis, além da menor preocupação com os custos de reparações. Neste âmbito, não posso deixar de salientar a necessidade de maior fiscalização e aplicação das leis que punem e previnem a condução perigosa e sob a influência de álcool, revistas por este Governo.

Mas este tema da sinistralidade rodoviária é paradigmático da necessidade de consciencialização dos cidadãos para com os seus deveres sanitários que a Constituição da República exalta no artigo 64.º. A participação dos cidadãos é o fator chave em todas as políticas de promoção da saúde que têm de ser o pilar da prevenção das doenças. Daí que o envolvimento das organizações e associações de carácter etnográfico, cultural, desportivo, filantrópico, académico, científico, deva ser dirigido e bem aproveitado no que às políticas de saúde disser respeito. Por outro lado, há que desenvolver formas de apoio público que impeçam a progressiva captura de fóruns, como as associações de utentes ou doentes, por interesses partidários ou da indústria (da farmacêutica em particular).

Ora, é a questão da necessidade de haver promoção da saúde e prevenção das doenças com uma dimensão transversal a toda a sociedade que nos projeta para o aprofundamento e operacionalização de uma abordagem de saúde em todas as políticas, consubstanciada na avaliação de impactes na saúde para todas as medidas, políticas e

projetos que se pretendam desenvolver. Em boa verdade, o interesse pela avaliação de impactes ambientais radica essencialmente nos impactes que as alterações no ambiente possam ter na saúde das populações. E esses impactes devem incluir, com grande destaque, as consequências na saúde mental e não apenas na saúde física das pessoas. O enfoque deve ser posto na intervenção escolar, em todos os níveis, e na formação de opinião e atitudes de toda a população. Precisamos de criar um ambiente social e físico favorável à promoção da saúde. A política de saúde e o Ministério da Saúde têm de ser centrais na Governação. Nos últimos quatro anos temos procurado e conseguido dar à saúde o lugar que ela merece no Governo de Portugal e, em simultâneo, temos recebido colaboração e apoio de todos os outros Ministérios numa dimensão que nunca antes tinha acontecido no nosso País. A título de exemplo veja-se a legislação sobre saúde pública – que finalmente inclui as 10 operações essenciais da saúde pública –, consumo do álcool, tabaco, estratégias para a juventude, cidades saudáveis, e prevenção rodoviária que este Governo elaborou. A política de preços dos medicamentos e a forma como as participações são atribuídas tem de ser consensualmente melhorada. Através da participação precisamos de ajudar as pessoas e não os medicamentos. Mas também temos de criar mecanismos que impeçam o desaparecimento de moléculas antigas mas ainda necessárias, ao mesmo tempo que temos de salvaguardar a introdução de medicamentos e tecnologias verdadeiramente inovadoras. A progressiva generalização da avaliação de tecnologias de saúde, através do SINATS, deverá ser a principal preocupação da autoridade competente. A racionalidade das escolhas deve imperar sobre a emoção e oportunismo. Não será fácil, não tem sido fácil, mas é possível. Basta que os responsáveis não percam o sentido de responsabilidade quando se colocam na posição de defender uma escolha que possa implicar o abandono de uma outra igualmente útil e mais económica. Nunca nos devemos esquecer do que deixamos de poder fazer quando escolhemos fazer outra qualquer coisa. Infelizmente a vida tem um custo e cada vida que se compre não pode significar outras tantas que se

perdem. Na falta de melhor critério é sempre melhor procurar uma lógica de escolha que seja transparente, sujeita a escrutínio e não beneficie interesses que acabem por prejudicar o direito à proteção da saúde que todos têm.

Lançamos as bases para uma verdadeira estratégia de desenvolvimento da investigação biomédica em Portugal. Esperamos que os resultados se consolidem nos próximos anos e os investimentos possam ser mais direcionados para a procura do conhecimento útil para o Portugal.

Naquilo que aos níveis de prestação de cuidados diz respeito estaremos todos de acordo que a principal aposta deve ser nos cuidados primários. Como já anteriormente declarei, as USF têm pontos fortes como a de corporizarem trabalho em equipa multidisciplinar, serem o melhor exemplo – provavelmente o único para lá dos SIGIC – de *pay for performance* no SNS e servirem de estímulo a que haja maior interesse – por via do acréscimo salarial e melhores condições de trabalho – para que os jovens médicos e enfermeiros se interessem pela Medicina Geral e Familiar. Mas a evolução deste modelo deve ser completada:

- a) Com avaliação mais detalhada da relação de custo-benefício das atuais USF – não basta mostrarem melhores resultados, é preciso perceber quanto valor é acrescentado e porque preço;
- b) Com a implementação de um “modelo C” – para lá do sector público que a legislação prevê e não regulamentou;
- c) Aperfeiçoando a remuneração com a introdução de maior relevância da componente variável do vencimento dos profissionais (ligada ao desempenho e resultados);
- d) Criando condições para generalização de uma forma de contratação nas UCSP equivalente à das USF com a consequente migração total dos cuidados primários para uma estrutura remuneratória baseada no pagamento por capitação e cumprindo de objetivos medidos em resultados de saúde da população coberta.

O sistema deve aproximar-se dos cidadãos e favorecer a interligação através da deslocação de profissionais ou dos utentes sem que fiquemos necessariamente agarrados a um modelo de proliferação de extensões

de saúde. Tem de haver compatibilização de soluções e a grande necessidade de maior intervenção nos domicílios, incluindo os lares de idosos, exige que as autarquias possam demonstrar maior interesse na criação de UCC municipais.

Um dos temas que tem sido afluído na reforma ainda por fazer nos cuidados primários é a das “one stop shops”. A ideia pode parecer atrativa mas tem de ser ponderada em termos de custos de pessoal, estrutura, equipamento e manutenção. O centro de saúde com Rx não pode ser mais uma marca de diferenciação e satisfação de um autarca diligente. Tem de ser uma mais valia clínica. Será necessário definir, através da análise de necessidades clínicas e não da procura histórica de MCDT, quais os exames complementares que devem poder ser realizados no local da consulta. Confesso que muitas destas soluções acabarão por ter de envolver algum grau de *outsourcing* e poderão ser melhor resolvidas através de ligação telemática ao hospital da região ou a laboratórios já instalados na mesma área. Julgo que é prioritário reforçar as competências dos profissionais não médicos, enfermeiros em especial, dotando-os de competências que lhes permitam ser mais complementares e eventualmente substitutivos de intervenções que acabam por consumir tempo dos médicos e poderiam ser realizadas por outros profissionais. O modelo de partilha das USF e o que estamos a fazer para generalizar o Enfermeiro de Família são uma boa base de trabalho. Igualmente, precisamos de URAP mais fortes e mais interventivas, pelo que haverá necessidade de dotar o SNS de mais profissionais de saúde em áreas de apoio psicológico, social, nutricional e saúde oral. A atuação nas escolas terá de crescer e a saúde escolar, numa perspetiva mais proativa e formativa, tem de ganhar maior protagonismo.

Da mesma forma, sem descuidar o crescimento de lugares de internamento nas redes de cuidados continuados – desejamos atingir o valor de, pelo menos, 440 lugares / 10⁵ habitantes ≥ 65 anos de idade nos próximos 4 anos – e de paliativos, o mais importante será o alargamento da capacidade de assistência no domicílio em ambulatório, para todas as idades, pelo que tem de ser criada a possibilidade de existirem ECCL do

sector social e solidário – desejamos atingir, pelo menos, 450 lugares / 10⁵ habitantes ≥ 65 anos de idade nos próximos 4 anos.

Não obstante, independentemente do que for feito na área dos cuidados continuados, valerá a pena criar e desenvolver modelos de “internamento no domicílio”, expressão que tenta descrever a prestação de cuidados agudos – a cargo do hospital da área – em casa de doentes que convencionalmente seriam internados.

Mais importante do que a oficialização da liberdade de escolha é criar condições para que possa haver escolha efetiva. Por isso, além da necessária renovação e expansão estrutural e imobiliária dos equipamentos de saúde é preciso dotar os cidadãos de maior e melhor informação, nomeadamente sobre a qualidade das instituições. Iniciámos esse processo que deve ser consolidado, numa ótica de *benchmarking* que o utilizador comum perceba, ao mesmo tempo que é preciso continuar a concentrar determinados recursos e competências para que se criem centros de excelência, alguns dos quais deverão integrar a rede europeia.

“...o tempo não existe em torno de uma cama de hospital, no ritmo de trabalho de um professor que vai de doente em doente como um presidente de uma nação quando felicita os vencedores de um campeonato de futebol e se detém um segundo diante de cada um para fazer uma pergunta e apertar-lhe a mão”. Esta frase de Julio Cortázar, tirada já não me recordo de que conto, avivou-me memórias de tempos de aprendiz de médico. O mais importante na geração de uma cultura de qualidade é a forma como o exercício profissional é encarado. É claro que é preciso continuar a mudança de mentalidades nas profissões de saúde e, por isso, acautelar que os mais novos encontrem os modelos de dedicação e empenho que não se encontram na frase do escritor Argentino. Os grandes desafios assistenciais, para lá da concentração de meios de resposta hospitalar e alargamento da resposta primária, estarão na gestão integrada dos doentes crónicos, na continuidade de cuidados e no reforço da saúde oral.

Direita e esquerda não se confundem com modelos de financiamento. Acreditar no direito à proteção da saúde e no dever de a proteger, nada tem a ver com direita ou

esquerda nos tempos de hoje. A Alemanha do SPD, com o seu sistema “Bismarckiano”, não era necessariamente de “direita” e não é por ter um sistema “Beveridgiano” que um país tem um Governo de “esquerda”. Sendo assim, para encurtar razões, defender mudanças no financiamento do SNS e assumir que pode haver sistemas complementares baseados em seguros para apoio nas despesas de saúde não é ser de “direita”.

Um das maiores falácias que se tem proferido é a de que o Governo transferiu utentes e cuidados para o sector privado e que a despesa das pessoas (out of pocket) tem continuamente aumentado.

Começemos por ver o que nos diz a Conta Satélite da Saúde (INE 2014):

- Para 2013 o INE estima uma inversão na tendência verificada nos anos anteriores, observando-se, por um lado, o decréscimo da proporção do financiamento das famílias (menos 0,8 p.p. face a 2012) e, por outro lado, o aumento da importância relativa da despesa do SNS (mais 1,4 p.p. face a 2012). Esta, em 2013, será a maior desde 2010.
- Para 2013 estima-se que a despesa corrente das famílias tenha diminuído 4,7%.
- A redução na despesa privada de saúde das famílias com produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis mais do que compensou o aumento da despesa privada de saúde das famílias com a redução das deduções à coleta de IRS e aumento das taxas moderadoras.

Note-se que o aumento da despesa privada resultou da diminuição das deduções fiscais com saúde, medida já em vigor com o anterior Governo.

E, o mesmo INE, a propósito do dia Mundial da Saúde, em 2014, mostrou que:

- 53% dos hospitais em Portugal são tutelados pelo Estado;
- 88% dos atendimentos nos serviços de urgência feitos em hospitais oficiais;
- 70% das camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes eram de hospitais públicos;
- 80,4% dos internamentos e 73,2% dos dias de internamento em hospitais públicos;
- 71% das consultas médicas no âmbito da consulta externa dos hospitais foram asseguradas nos hospitais públicos;

- 75% das grandes e médias cirurgias foram realizadas em hospitais públicos;
 - 75,95% dos hospitais que dispunham de maior número de scanners para tomografia axial computadorizada eram públicos;
 - 85,7% dos hospitais que dispunham de câmaras gama de medicina nuclear eram públicos;
 - 88,4% dos hospitais que dispunham de equipamentos de radioterapia eram públicos;
 - 91% de atos complementares de diagnóstico nos hospitais portugueses, isto é, exames ou testes necessários para o estabelecimento de um diagnóstico (análises laboratoriais, exames imagiológicos, endoscopias, biópsias e outros) realizados em hospitais públicos;
 - 75,8% dos atos complementares de terapêutica, ou seja, atos destinados à prestação de cuidados curativos após o diagnóstico e a prescrição terapêutica (fisioterapia, radioterapia, litotricia, imunohemoterapia e outros efetuados em hospitais públicos).
- (<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/despesa+saude.htm>)

O financiamento do SNS tem sido recorrentemente discutido, analisado, alvo de relatórios, artigos, conferências. Mas não mudou. Chegámos ao momento em que interessa encarar a participação dos sectores público, privado e social de forma verdadeiramente complementar e em pé de igualdade no que às oportunidades de escolha dos utentes diga respeito. Não será fácil e exigirá ponderação para que não se desnate o SNS, nem se crie um novo caminho de crescimento não controlado da despesa. Todavia, desde que instituídos os mecanismos de controlo devidos e haja um conjunto de normas de validação e para o pagamento dos atos, nada obsta a que se assista a um progressivo alargamento de um seguimento público complementar, não substitutivo, das coberturas garantidas, a todos. Um seguimento público alargado, embora possa ser de natureza concorrencial à indústria privada de seguros, desde que não se acompanhe de opt out – inviável em Portugal – poderá existir e ser um incentivo ao aparecimento de mais operadores que aceitem correr riscos no mercado da prestação de cuidados de saúde. Ou seja, a discussão sobre

o futuro e o papel da ADSE não se esgota entre a sua total eliminação – o que teria enormes custos para o SNS e poderia comprometer a capacidade de resposta – ou a mutualização alargada. Deverá envolver a definição das coberturas, de preços uniformes, de eventuais cálculos de risco atuarial e de mecanismos de prevenção de seleção adversa. No fundo, uma discussão profunda de prós e contras e de formas de proceder, o que só poderá ser feito com um consenso político e social alargado.

A Política é uma atividade nobre que deve ser valorizada, tal como a existência de Partidos, de Parlamento e todas as outras instituições responsáveis pelo exercício da soberania de um Povo. É por isso que também temos de separar a “oposição” dos “opositores”. A primeira, independentemente do seu valor, tem a legitimidade e a utilidade que a democracia parlamentar

lhe confere. Nos segundos temos de incluir aqueles – não todos – que, por interesses pessoais ou corporativos, insistem em denegrir e não conseguem ter uma opinião que não seja expressa para servir as suas clientelas. Escrevem e falam para o aplauso fácil, repetem lugares comuns.

Não é impossível que se possa fazer mais com menos. Já o demonstrámos. Com inteligência, sagacidade, colaboração entre agentes sociais e políticos, vai ser possível fazer ainda mais com igual. Se continuarmos a dar os passos certos, sem desperdício de tempo e meios, todo o crescimento que vamos ter ainda poderá ser melhor aproveitado. No fundo, não sendo aceitável aumentar a carga fiscal, mesmo esperando crescimento continuados do PIB em face de políticas económicas corretas, a verdade é que teremos de reforçar as intervenções de elevada efetividade e menor custo. Parece,

face às declarações mais recentes de responsáveis do maior Partido da oposição, que também eles já acreditam mais na eficiência e menos na ideia de que não haverá limite para as despesas da saúde.

A política e os políticos devem ser geradores do respeito de quem os elege e de quem lhes paga para que façam o seu papel com seriedade e honestidade. Precisamos de uma linguagem de verdade muito mais correta do que “politicamente correta”, já que o advérbio ganhou uma conotação de demagógico e não descreve maturidade, reflexão e consenso pela razão. Neste contexto é imprescindível que os Partidos, aqueles com capacidade e possibilidade de serem Governo, encontrem na Saúde áreas para compromissos baseados no humanismo, na ética e na ciência que garantam a prossecução de Políticas que sustentem a contínua melhoria do bem-estar em Portugal.

DETERMINANTES





A SAÚDE DOS PORTUGUESES. PERSPETIVA 2015

Estratégia para a Saúde na próxima legislatura: visão e proposta do BE

Bloco de Esquerda

Autor

Partindo da situação real em que o governo do PSD/CDS deixou os serviços públicos de saúde e tendo por meta o regresso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) geral, universal e gratuito tal como a Constituição de início o consagrou, a estratégia do Bloco de Esquerda para a Política de Saúde tem por principal eixo a expansão, modernização e humanização do SNS.

O PONTO DE PARTIDA:

A HERANÇA DE PAULO MACEDO

Com o objetivo não declarado de enfraquecer e desmantelar o SNS, o Governo e Paulo Macedo recorreram, durante quatro anos, a cinco estratégias articuladas: estrangulamento financeiro, com cortes na despesa corrente e no investimento; redução dos quadros de pessoal das instituições de saúde; degradação do acesso em tempo útil e da qualidade dos cuidados prestados pelo SNS, promovendo o desvio de doentes para o setor privado; fragmentação orgânica do SNS (gestão e prestação entregue a privados, misericórdias e instituições particulares de solidariedade social/IPSS) e secundarização das políticas de promoção da saúde e prevenção da doença.

O plano é claro: transformar o SNS numa super ADSE, em que todos os prestadores – centros de saúde, hospitais,... – são privados. A recente inclusão da ADSE no Ministério da Saúde é um passo nessa direção e não o contrário.

Ao longo destes quatro anos ouvimos muitas vezes o ministro da Saúde vangloriar-se de ser um defensor e até o garante da “sustentabilidade do SNS”. Paulo Macedo não fala do SNS nascido da democracia, do

SNS universal, geral e inicialmente gratuito inscrito na Constituição. A conversa de Paulo Macedo é sobre um outro SNS. Paulo Macedo defende e trabalha para a sustentabilidade de um vastíssimo mercado privado na saúde construído sobre as cinzas do SNS. Paulo Macedo e este Governo ficam na história do SNS mas pelas piores razões. Num breve balanço, vale a pena recordar o que de mais grave fizeram:

- não cumpriram a promessa de atribuir um médico de família a cada português;
- a introdução do racionamento de medicamentos mais caros;
- a instalação do caos nas urgências hospitalares, onde se chegou à situação dramática de se morrer sem ser atendido;
- a tentativa de fechar a Maternidade Alfredo da Costa;
- a entrega de hospitais públicos a grupos privados (hospitais em parceria público privada/PPP) e às Misericórdias;
- a travagem na formação de mais unidades de saúde familiar (USF);
- a incapacidade para instalar a rede nacional de cuidados oncológicos;
- o fracasso da reforma da saúde mental cujos resultados ficaram longe do previsto;
- a total desresponsabilização do Estado pelos cuidados continuados, cuja rede está em exclusivo nas mãos dos privados, IPSS e Misericórdias;
- a instabilidade vivida em importantes serviços do SNS como foram os casos do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), da Linha Saúde 24 e Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), entre outros;
- a subestimação dos picos de frio e das

ondas de calor, contribuindo para um número significativo de mortes evitáveis;

- a promoção da saúde e a prevenção da doença reduzidas à dimensão exclusiva de propaganda governamental, particularmente evidente na lei do tabaco e do álcool;
- o aumento brutal das “taxas moderadoras” no SNS;
- investimento zero no SNS cuja tradução mais visível foi o adiamento *sine die* da construção do novo hospital de Lisboa;
- o subfinanciamento do SNS, através de sucessivos cortes no orçamento atribuído à Saúde. O orçamento do SNS para 2015 (7.883 milhões) recuou dez anos, está ao nível das dotações de 2005/2006.

Nem todos os que operam na área da Saúde foram prejudicados com os cortes feitos por Paulo Macedo. Os grupos privados não se queixam de Paulo Macedo. Em 2014, os lucros da Mello Saúde/hospitais CUF aumentaram 31,7% e os da Espírito Santo Saúde um pouco menos, 29%.

A desmotivação tomou conta dos profissionais, desrespeitados nos seus direitos e carreiras, mal remunerados, sujeitos a enormes cargas de trabalho, prejudicados nos períodos de descanso impostos pela própria lei, limitados na sua realização profissional, sujeitos à incerteza da precariedade e, quantas vezes, usados pela equipa ministerial como bodes expiatórios e culpados das falhas e problemas provocados pelas decisões das administrações ou do próprio Governo.

O Governo tudo “explica” com a falta de profissionais. Os cortes nos sucessivos orçamentos do SNS levaram ao corte no

peçoal, prejudicando drasticamente o funcionamento dos serviços. Faltam funcionários administrativos e pessoal auxiliar porque foram despedidos ou se reformaram e não foram substituídos. Faltam milhares de enfermeiros no SNS e não faltam em Portugal enfermeiros no desemprego para serem contratados, mas que são empurrados para a emigração. E faltam médicos porque o Governo cruzou os braços e promoveu a sua reforma antecipada.

No que diz respeito aos médicos, a política do Governo não é inocente. Paulo Macedo cruzou os braços e permaneceu indiferente à medida que via os médicos a abandonar em massa o SNS, mais de 3.000 nos últimos cinco anos, a maior parte dos quais especialistas experimentados. Salvo raríssimas exceções, estão hoje a preencher os quadros dos grandes hospitais privados cuja crescente dimensão e sofisticação exigem corpos clínicos numerosos e bem preparados. Sem essa sangria de médicos do SNS os hospitais privados não conseguiriam funcionar.

Mas esta fuga de especialistas atinge o SNS de uma outra forma igualmente perigosa para o seu futuro. Sem especialistas não há formação de jovens especialistas. Hoje já muitos serviços do SNS perderam a capacidade formativa, ao mesmo tempo que muitos serviços privados reclamam ter condições para formar especialistas

RELANÇAR O SNS

Para tirar o SNS da crise para onde foi atirado pelo governo de Passos Coelho e Paulo Portas, é preciso uma política que interrompa, inverta e ultrapasse cada uma das cinco dinâmicas referidas no início deste texto.

É inadiável uma viragem decidida no sentido da prevenção e dos cuidados extra-hospitalares, uma aposta firme nos profissionais do SNS e nas suas carreiras, privilegiando o trabalho em exclusividade.

É esse o compromisso político do Bloco, é por ele que nos batemos na oposição ou no governo, na rua ou no Parlamento. Este compromisso inclui as seguintes medidas para a próxima legislatura:

- Realizar auditorias ao funcionamento, atividade e resultados de organismos centrais e regionais do Ministério da Saúde, como forma de se conhecer com transparência a sua real situação, designadamente

IPST, INEM, Saúde24, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), Administração Regionais de Saúde (ARS), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)...

- Aumentar o financiamento atribuído à despesa pública em saúde para 8,5% do produto interno bruto (PIB) (5,9% atualmente, para uma média de 6,7%, em 2012, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/OCDE). Este reforço serve para financiar o Fundo Especial para a Inovação Terapêutica (reduzindo nos orçamentos hospitalares o custo dos medicamentos inovadores), uma nova e efetiva política de promoção da saúde e prevenção da doença, e o investimento prioritário: novos hospitais de Lisboa, Seixal e Vila Nova de Gaia; alargamento da rede pública de cuidados continuados; implementação da rede nacional oncológica;
- Eliminar as “taxas moderadoras” e introduzir uma taxa extraordinária de apoio à inovação cobrada anualmente sobre as vendas dos fabricantes;
- Investir na promoção da saúde e na prevenção da doença. São prioridades: a diabetes e obesidade; consumo do álcool, tabaco e drogas; saúde mental; doenças de transmissão sexual e educação sexual; doenças oncológicas, respiratórias, cérebro e cardiovasculares;
- Redesenhar a orgânica do Ministério, criando a Secretaria de Estado para a promoção da saúde e prevenção da doença, com a responsabilidade de mobilizar e coordenar a intervenção dos instrumentos do estado e da sociedade neste domínio;
- Devolver ao domínio público a gestão dos hospitais em regime de PPP e os hospitais e outras unidades de saúde (centro de reabilitação física do Norte, por exemplo) entregues pelo estado às Misericórdias;
- Alargar a rede de urgências básicas, designadamente instalando serviços deste tipo nas cidades onde apenas funcionam urgências polivalentes ou médico-cirúrgicas e, também, em situações de interioridade e isolamento dos grandes centros;
- Adaptar o horário e funcionamento dos centros de saúde às necessidades locais, de forma a garantir o acesso no próprio

dia aos cuidados de saúde;

- Alargar as USF ao território nacional, consagrando-as como modelo principal de funcionamento dos cuidados primários de saúde e eliminando as atuais assimetrias;
- Dar prioridade à formação de equipas e unidades de cuidados continuados (domiciliários) na dependência direta dos cuidados primários e constituição das unidades em falta nos agrupamentos de centros de saúde (ACES), nomeadamente as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- Atribuir aos ACES autonomia de gestão efetiva no contexto de contratualização com as estruturas regionais e no enquadramento do Plano Regional de Saúde;
- Expandir a rede de internamento em cuidados continuados a partir da responsabilidade direta das administrações regionais e dos centros hospitalares pela sua criação, gestão e funcionamento;
- Avaliar o programa nacional de saúde mental e definir novos objetivos, metas, calendários e meios para corrigir o que não está bem e fazer o que falta fazer;
- Novo estatuto do profissional do SNS centrado na revalorização salarial, no regime de exclusividade, na estabilidade profissional, no respeito pela carreira, na diferenciação técnica e na revisão das condições para a reforma antecipada e do regime de trabalho nas urgências;
- Garantia de vagas no SNS para a realização do internato a todos os licenciados em medicina nas faculdades portuguesas e, também, a todos os estudantes portugueses que concluem o curso no estrangeiro;
- Compromisso contratual com todos os especialistas formados no SNS que, combinado com a medida anterior, pode contribuir de forma muito significativa para uma mais rápida e efetiva superação da atual carência de médicos;
- Revisão dos quadros de pessoal de todas as unidades do SNS e eleição das direções técnicas das unidades de saúde do SNS pelos respetivos profissionais (direção clínica e de enfermagem) e escolha dos membros das administrações por concurso público;
- Realizar campanha institucional de afirmação e defesa dos direitos dos utentes do SNS e das suas famílias.

Pensar a Saúde

Artur Osório de Araújo

Presidente da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

Autor

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, UM MARCO CIVILIZACIONAL

Se olharmos para o país de há quarenta anos e o contemplarmos hoje, a evolução foi enorme. Os níveis de bem-estar alcançados, se bem que relativos no contexto europeu, juntaram-nos às nações ditas ricas. Os indicadores em saúde mudaram radicalmente e colocam-nos no meio da tabela dos países da OCDE. O sistema de saúde e, em especial o Serviço Nacional de Saúde, tiveram um papel importante mas não necessariamente exclusivo. A melhoria do nível cultural, a diminuição da iliteracia, a habitação, a rede de esgotos e abastecimento de água, o acesso a bens de consumo, o acesso à comunicação e o progresso em geral foram mais incisivos mas menos perceptíveis que o Serviço Nacional de Saúde.

Construíram-se grandes unidades públicas de saúde, estruturou-se um sistema de cuidados primários, instalaram-se algumas unidades locais de saúde, lançaram-se campanhas nacionais, equiparam-se as principais unidades com sofisticados meios de diagnóstico e tratamento, permitiu-se o acesso à inovação verdadeira e até à pseudo inovação. Portugal tem, entre os países da OCDE, um dos melhores índices de camas de doentes agudos por habitante, ocupa o terceiro lugar no número de médicos por habitante e forma o maior número de enfermeiros da Europa, embora sem correspondente grau de empregabilidade.

Portanto, apesar do seu pendor coletivista e centralizador, da sua estrutura facilitadora de interesses instalados, que em nome dos doentes defendem privilégios e de ser um viveiro de empregos políticos, o SNS

contribuiu, mesmo assim, para importantes ganhos em saúde. Mas tudo tem custos e o êxito só se alcançará se existir consequência e sustentabilidade.

Portugal foi dos países da OCDE que mais dinheiro afetou à Saúde em relação à sua riqueza. O custo de produção dos atos médicos, apesar dos vencimentos dos profissionais de saúde serem bastante inferiores, é dos mais caros da Europa. Como o prestador e o pagador constituem a mesma identidade, os preços dos atos são desenhados para se dar a ilusão de um financiamento lógico das unidades.

A organização hospitalar tradicional não pratica a meritocracia, não estimula a produção e, embora aparentem ser empresas não passam de repartições. A densidade de recursos humanos nos hospitais públicos é digna de qualquer organização coletivista, enraizada por uma cultura voltada para dentro e menos para quem serve. Não basta ter resultados... É necessário avaliar como se alcançam, à custa de quê, bem como a sua sustentabilidade futura.

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE É SUSTENTÁVEL

Ao longo dos anos de pseudo abundância, em que o deslumbramento ofuscava as mentes, ninguém ousava, pensava ou interrogava o custo das coisas ou se haveria alternativas mais baratas. Ninguém se interrogava o que era o Serviço Nacional de Saúde que toda a gente se habituou a ver como uma rede pública de prestadores, constituída por hospitais, centros de saúde e outras unidades. Assim se foi vivendo. Os profissionais de saúde viveram entre um setor público que

garantia a subsistência e um privado que lhe completava os proveitos. Os políticos, esses, de todos os quadrantes, elegeram-no como de natureza intocável.

O SNS, definido nas leis e na Constituição, é um serviço em que o Estado garante aos portugueses o acesso universal e tendencialmente gratuito à Saúde. De nenhum modo as Leis definem que o Estado deve ser o prestador desse serviço, de outra maneira não haveria convenções com prestadores privados.

À semelhança do que se passa na Europa, o prestador de cuidados primários, hospitalares, meios complementares de diagnóstico, cuidados continuados, tanto pode ser público ou privado desde que aceite ser submetido a auditorias, cumpra a legislação e forneça informação que permita ao doente assumir de uma forma informada a livre escolha. Desta maneira diluiu-se a conceção coletivista do SNS, sem perder o seu pendor público. Este passo, que considero fundamental, garantirá a sustentabilidade do SNS, pois o setor privado, as parcerias público privadas no setor da saúde e a entrega da gestão de unidades públicas a privados, sem perderem a sua orientação de serviço público, tem substanciais ganhos de eficiência que se traduzem em preços mais baixos e na conseqüente possibilidade de o SNS poder continuar a garantir o acesso universal. O preço médio que uma seguradora e subsistemas pagam aos hospitais privados por uma consulta oscila entre os 20 e os 30 euros, enquanto o SNS paga aos seus hospitais valores 100 a 200% superiores! Os hospitais de parcerias público privadas, com gestão privada, têm índices de preços



25% mais baratos do que os praticados nos hospitais EPE. Se o Ministério da Saúde abrisse à concorrência as suas estruturas e deixasse emergir um verdadeiro mercado na Saúde poderia poupar até 2.000 milhões de euros. Mas também melhoraria a qualidade dos cuidados e a acessibilidade e libertaria verbas para os desafios da moderna medicina e inovação farmacológica, perante a iminência de aparecimento de novos e eficazes medicamentos, que a comunidade médico-científica e os doentes vão, logicamente, exigir ter acesso.

O Serviço Nacional de Saúde fragmentar-se-á se se mantiver fechado em dogmas ideológicos que só permitem cortes cegos sem qualquer visão estratégica.

PAPEL DOS SETORES PRIVADO E SOCIAL

O setor privado da saúde ocupa um espaço importante no sistema de saúde português. De modo geral, os ministros da Saúde assumem-se como ministros do aparelho produtivo do Estado e os privados como concorrentes que são mais ou menos tolerados. Alguns, integrando governos de direita, exprimem, penso que inadvertidamente, uma linguagem de confronto quase marxista em termos ideológicos. Sabemos que a vocação administrativa cega a visão reformista e estratégica, mas em tempos de

crise já devem ter chegado à conclusão que manter o sistema como está representa o regresso ao desequilíbrio orçamental, que se reflete nas contas de um país ainda em cuidados financeiros intermédios!

Mesmo assim, o setor privado da saúde tem progredido porque dele emana outro comportamento e outra postura. O doente é um cliente que escolhe o prestador com inteira liberdade. Pratica uma gestão rigorosa e, acima de tudo, permite uma acessibilidade fácil e, é substancialmente mais barato que o setor público. O exemplo mais flagrante da qualidade e êxito dos prestadores privados é a preferência dos doentes da ADSE. A nova legislação tornou a ADSE um subsistema autossustentável, mediante o desconto voluntário de 3,5% dos seus beneficiários. Decorridos vários meses, a taxa de abandono é residual e o grau de satisfação dos beneficiários é elevado. O mesmo se passa com o crescente número de pessoas a subscreverem seguros complementares de saúde.

A liberdade de escolha e a concorrência, que são pilares dos sistemas de saúde modernos, vão cada vez mais fazer diluir as dicotomias artificiais entre setor público e privado – o doente escolhe o que fizer melhor, num ambiente em que o Estado garante, pela via do financiamento, a existência

de serviços de saúde, audita e regula. O setor social da saúde também é privado. Teve grandes tradições na saúde através das Misericórdias e das ordens religiosas. Infelizmente, os benfeitores de antigamente foram substituídos por quem procura fugir a regras de mercado junto dos poderes políticos. Ao contrário do que acontece na generalidade dos países, onde existem prestadores sem fins lucrativos, aqui procuram privilégios nas redes de referência e não estão sujeitos a auditorias externas. Numa relação de transparência, o setor Social pode desempenhar um papel importante, mas essencialmente nos cuidados continuados e paliativos – verdadeira vocação de quem pratica as virtudes cristãs.

AS REFORMAS SÃO PREMENTES

Nesta fase, estão a surgir novos desafios. O peso da longevidade e sobretudo da inovação, aliados à forte dívida pública do país vão fazer com que os Governos tenham de ter uma visão estratégica bem desenhada. Os tempos de penúria não são compatíveis com complexos ideológicos, com ticanhez na comunicação. Obrigam a que se tomem medidas na base de um consenso e de estruturantes pressupostos, como o facto de o SNS só ser viável se for reformulado e se abrir às realidades dos tempos.

Instrumento para avaliação do clima de segurança do doente em Portugal

Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva

Autor

Mestre em Gestão de Unidades de Saúde e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica | Enfermeira no Centro Hospitalar Cova da Beira

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, registou-se uma preocupação crescente dos profissionais e instituições de saúde pelas questões associadas à segurança do doente e vários estudos revelaram ao mundo que nos hospitais os incidentes associados aos cuidados de saúde são frequentes (Ramos & Trindade, 2013; Reis, 2013), sendo reconhecidos universalmente como um dos problemas dos Sistemas de Saúde (Fragata, 2009; Fernandes, 2012).

As taxas de incidência destes eventos em hospitais atingem valores que variam entre os 3,7% e os 16,6% (com consequente impacto clínico, económico e social), sendo que desses 40,0% a 70,0% são considerados evitáveis (Sousa et al., 2011). De forma objetiva, aproximadamente 10,0% dos doentes que recorrem ao hospital são alvo de um evento adverso, sendo que cerca de 50,0% dessas situações são preveníveis (Fragata, 2009; Carneiro, 2010; Ramos & Trindade, 2013; Reis, 2013) e que um terço provoca lesões nos doentes (Carneiro, 2010).

Tendo em consideração que a cultura e o clima de segurança em instituições de saúde tem um impacto fundamental sobre esta problemática (Nieva & Sorra, 2003; Deilkås & Hofoss, 2008), as organizações científicas internacionais influentes na área da Saúde recomendam aos Estados-membros a avaliação destes *constructos*, como condição essencial para se introduzirem mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de

qualidade nos cuidados prestados aos doentes (Departamento da Qualidade em Saúde, 2011; Direção-geral da Saúde, 2014).

A aplicação de instrumentos que avaliam o clima de segurança constitui uma estratégia eficaz e sistemática para a melhoria da segurança sustentável em ambientes de cuidados de saúde (Nordén-Hägg et al., 2010) com vista à fiabilidade e excelência dos serviços prestados.

SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) – SHORT FORM 2006

O *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form 2006* é o instrumento mais utilizado e rigorosamente validado para medir o clima de segurança do doente entre os prestadores de cuidados de saúde. Foi desenvolvido em 2006 por Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich da Universidade do Texas, com financiamento da Fundação *Robert Wood Johnson* e da AHRQ e baseia-se em dois modelos conceituais: o modelo de Vincent et al. para a análise de risco e segurança e o modelo de Donabedian para avaliação da qualidade, que integra 3 conceitos-chave: estrutura, processos e resultados (Sexton et al., 2006).

O SAQ permite avaliar as perceções de atitudes dos profissionais de saúde relacionadas com a segurança do doente em várias áreas clínicas e serviços de saúde e foi validado numa amostra de 10.843 prestadores de cuidados de saúde, em 203 áreas clínicas (incluindo unidades de cuidados intensivos, salas de cirurgia, unidades de internamento e ambulatório), em três países (EUA, Reino Unido, Nova Zelândia), demonstrando

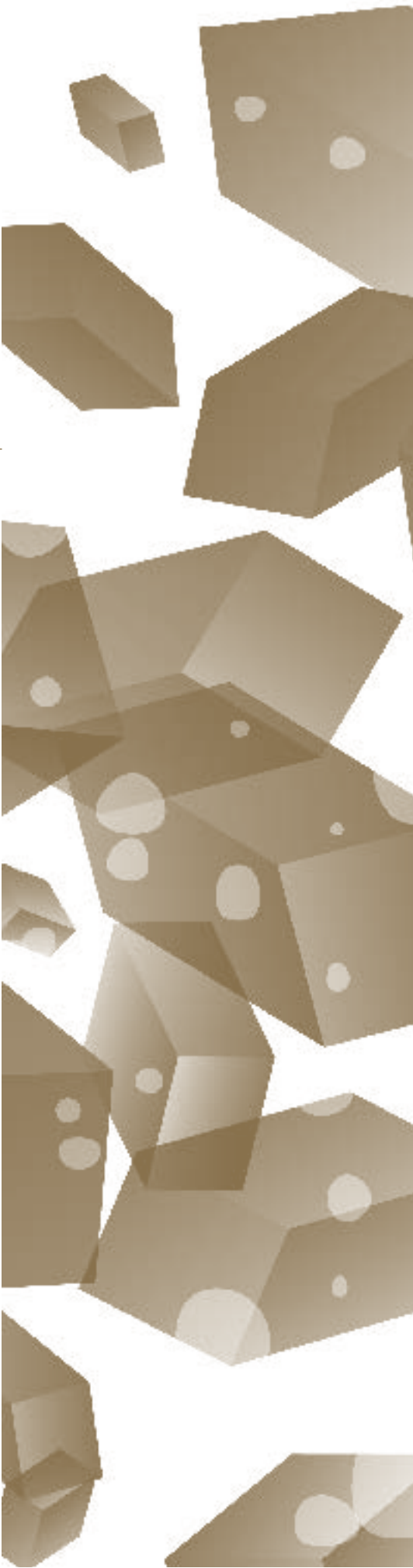
boas propriedades psicométricas (Sexton et al., 2006).

A versão completa do questionário inclui 60 itens, dos quais apenas 30 são padrão e idênticos em todos os ambientes clínicos. Esses 30 itens básicos integram a versão curta (SAQ – *Short Form*), aos quais se acrescentam outros itens, obtendo-se um total de 36, que completam a primeira parte do instrumento. Na segunda parte estão presentes informações adicionais relativas aos dados dos profissionais (género, função, área de atuação e tempo de atuação no serviço) (Sexton et al., 2006).

A versão genérica pode ser utilizada para avaliar o clima de segurança do doente em toda a organização, e as versões adicionais foram adaptadas para uso em áreas especializadas, como unidades de terapia intensiva, bloco operatório, serviços de internamento e de ambulatório. Para cada versão do SAQ, os conteúdos dos itens são os mesmos, com pequenas modificações para refletir a área clínica. Por exemplo: “nesta unidade é difícil discutir os erros”, na versão genérica versus “nesta UCI é difícil discutir os erros”, na versão UCI (Sexton et al., 2006).

O SAQ possui seis dimensões que abrangem fatores organizacionais, fatores do ambiente de trabalho e fatores de equipa:

- Clima de trabalho em equipa: perceção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipa (Itens 1-6);
- Clima de segurança: perceção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança (Itens 7 – 13);
- Satisfação no trabalho: sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo



resultante da perceção da experiência de trabalho (Itens 15-19);

- Reconhecimento do stress: reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores stressores (Itens 20-23);
- Perceção da gestão: aprovação das ações da administração quanto às questões de segurança (Itens 24-29), sendo que cada um destes itens é medido em dois níveis (perceção da gestão do serviço e perceção da gestão hospitalar);
- Condições de trabalho: perceção da qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais) (Itens 30-32).

Os itens 14 e 33-36 não fazem parte das dimensões referidas, e os itens 2, 11 e 36 estão redigidos reversamente. As respostas a cada uma das questões seguem uma escala *Likert* de cinco pontos: discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente. A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde zero representa a pior perceção e 100 a melhor perceção do clima de segurança.

O SAQ tem sido administrado numa variedade de configurações hospitalar e ambulatorial em mais de 1.300 hospitais dos EUA, Inglaterra, Austrália, Suíça, Itália, Espanha e Nova Zelândia (Deilkås & Hofoss, 2008), e a sua fidelidade e validade foram documentadas em vários países, como: Reino Unido, Noruega, Irlanda, Irão, Turquia, Suécia, China, Egipto, Brasil, Países Baixos, Grécia, Holanda, Suíça-alemã e Malásia, estando disponível em mais de dez idiomas (Kar & Hamid, 2013).

Recentemente, foi traduzido, adaptado culturalmente e validado para o contexto português por Dora Saraiva (2015) originando a versão SAQ – *Short Form* 2006 PT, a qual demonstrou igualmente boas propriedades psicométricas, através de resultados de fidelidade e validade altamente satisfatórios e auspiciosos: a fidelidade foi confirmada por um alfa de *Cronbach* de 0,92 e por um coeficiente de correlação de *Pearson* no teste-reteste de 0,99 e a análise fatorial confirmatória mostrou índices de qualidade de ajustamento que revelam uma adequação muito boa ($\chi^2/df=1,864$; $GIF=0,908$; $CIF=0,951$ e $RMSEA=0,047$).

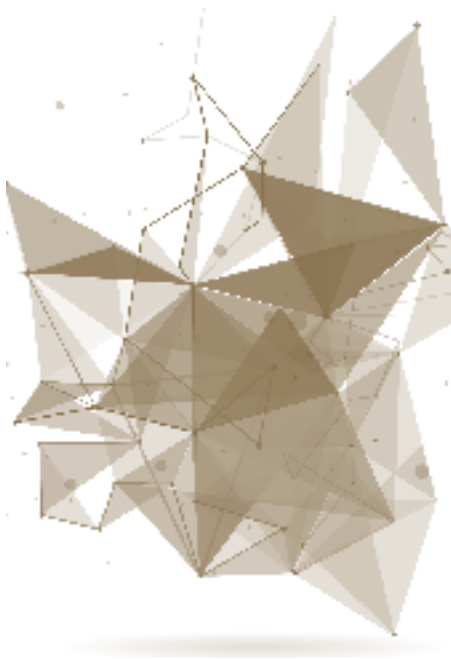
VANTAGENS E POTENCIALIDADES

São várias as vantagens e potencialidades da aplicação deste instrumento (Sexton et al. 2006; Nordén-Hägg et al., 2010; Paese & Sasso, 2013) salientando-se que:

- O SAQ é um instrumento genérico projetado para diagnósticos organizacionais e intervenções relevantes para a segurança do doente;
- Por manter a continuidade com o *Flight Management Attitudes Questionnaire* (FMAQ), que é utilizado há mais de 20 anos, permite comparações entre indústrias, bem como, a identificação de problemas comuns relacionados com os fatores humanos;
- Destina-se a todo o pessoal dentro de uma área clínica que tanto influencia como é influenciado pelo “ambiente de trabalho” (por exemplo, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas e técnicos, entre outros) refletindo informação acerca do pessoal, da estrutura e dos processos da organização;
- Mede de forma confiável e significativa as atitudes e perceções relevantes do cuidador em relação à segurança da saúde, sendo considerado o instrumento mais sensível para avaliar as atitudes de segurança individuais. Permite comparações válidas (*benchmarks*) entre hospitais, áreas de atendimento ao doente e tipos de cuidadores;
- Pode ser usado para medir o trabalho em equipa, identificar desconexões, pontos fortes e fraquezas de uma determinada organização, fornecendo uma base para sugerir intervenções de melhoria;
- É uma ferramenta importante de análise de falhas latentes e fatores contribuintes, ou seja, falhas que não são perceptíveis visualmente mas que podem contribuir para ocorrência de eventos adversos com o doente;
- Identifica as necessidades, barreiras de segurança e possíveis deficiências no ambiente clínico motivando intervenções de melhoria da qualidade e redução de erros médicos;
- Ajuda a detetar fraquezas percebidas de forma sistemática e diferenças de opinião ao longo do tempo ou entre grupos de profissionais (por exemplo, pessoal de enfermagem e médicos);

- É relativamente curto, de preenchimento rápido e pode ser usado para monitorizar as mudanças ao longo do tempo;
- Representa o único instrumento de medição do clima de segurança que evidencia associação direta com os resultados verificados nos doentes. Em várias pesquisas, os resultados favoráveis do SAQ foram associados com menos eventos adversos, menos erros de medicação, menores taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica e taxa de infeção de corrente sanguínea associado a cateter venoso central, assim como, tempo de internamento mais curto, menor mortalidade intra-hospitalar, menores índices de quedas de doentes, úlceras de pressão, sépsis pós-operatória e menores taxas de rotatividade do pessoal de enfermagem;
- Serve como medida de referência para a avaliação de programas de melhoria da

qualidade que contribuem para otimizar as atitudes dos profissionais da saúde em relação à segurança do doente.



CONCLUSÃO

A versão SAQ – Short Form 2006 PT constituiu uma importante ferramenta para avaliação do clima de segurança do doente em Portugal, permitindo às instituições de saúde portuguesas diagnosticar os domínios que precisam ser otimizados dentro da instituição de saúde (gestão, condições de trabalho e clima de segurança) e entre os profissionais (stress, satisfação no trabalho e o clima de trabalho em equipa), podendo ser usado na instituição como um todo, bem como na análise específica por setores ou unidades, em diferentes tipos de áreas clínicas e diferentes tipos de prestadores de cuidados de saúde. Através da utilização deste questionário é possível contribuir para a construção de ambientes de trabalho positivos e éticos, aprimorar o processo de cuidar e suas interfaces, minimizar os riscos e promover uma atuação ainda mais segura e confiável rumo à excelência.

REFERÊNCIAS

- CARNEIRO, A. V. (2010). "O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 3-10.
- COLLA, J. B.; BRACKEN, A. C.; KINNEY, L. M. & WEEKS, W. B. (2005). "Measuring patient safety climate: a review of surveys". *Quality & Safety Health Care*, 14 (5), pp. 364-366.
- DEILKÅS, E. T. and HOFOS, D. (2008). "Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Generic version (Short Form 2006)". *BMC Health Services Research*, vol. 8, nº 191, pp. 1-10.
- DEPARTAMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: resultados do estudo piloto*. Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Lisboa.
- DGS (2014). *Avaliação da cultura de segurança dos doentes em hospitais*. Norma 025/2013 de 20 de janeiro de 2014. Ministério da Saúde. Portugal.
- FERNANDES, A. M. (2012). *Segurança do doente: velho designio, novos desafios. A mudança do paradigma cultural nas organizações de saúde*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- FRAGATA, J. (2009). Gestão de risco. In: Campos, L.; Borges, M.; Portugal, R. *Governança dos Hospitais* (pp. 75-105). Lisboa: Casa das Letras.
- KAR, C. & HAMID, H. (2013). *Adaptation of Safety Attitude Questionnaire (SAQ) in Malaysia healthcare setting*. In: 10th Biennial Conference of Asian Association of Social Psychology, 21-24 August 2013, Yogyakarta, Indonesia. Acedido em Julho 19, 2014 em <http://irep.iium.edu.my/32075/>.
- NIEVA, V. F. & SORRA, J. (2003). "Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations". *Quality and Safety Healthcare*, 12 (Suppl 2), pp. 17-23.
- NORDÉN-HÄGG, A.; SEXTON, J. B.; KÄLVEMARK-SPORRONG, S.; RING, L. & KETTIS-LINDBLAD, A. (2010). "Assessing Safety Culture in Pharmacies: The psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden". *BMC Clinical Pharmacology*, 10 (8), pp. 1-12.
- PAESE, F. & SASSO, G. T. (2013). "Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde". *Texto & Contexto Enfermagem*, 22 (2), pp. 302-310.
- PETTKER, C. M. et al. (2009). "Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200 (5), pp. 492 (1-8).
- PINHEIRO, J. P. (2013). *Percepções sobre o clima de segurança em bloco operatório*. Mesurado em Segurança do Doente. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Portugal.
- RAMOS, S. & TRINDADE, L. (2013). "Incidentes de segurança do doente. Porquê relatar?" *Revista TecnoHospital*, 60, pp. 10-16.
- REIS, C. T. (2013). *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. Tese de Doutoramento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. Brasil.
- ROBB, G. & SEDDON, M. (2010). "Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come?" *Journal of the New Zealand Medical Association*, 123 (1313), pp. 66-76.
- SARAIVA, D. (2015). "Validation of the Safety Attitudes Questionnaire - Short Form 2006 to Portugal". *International Journal of Nursing*, vol. 3 (1).
- SEXTON, J. B. et al. (2006). "The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research". *BMC Health Services Research*, vol. 6, nº 44, pp. 1.
- SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F.; LEITE, E. & NUNES, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade de Lisboa. Portugal.



Notícias

Paulo Macedo quer “reduzir os preços anormais propostos para novos medicamentos”

“O ministro da Saúde, Paulo Macedo, considera que, num contexto em que a despesa com saúde tenderá a crescer, é essencial abordar o assunto ‘de forma serena e informada’ e ‘abandonar a desonestidade intelectual de, a uma proposta de aumento de custo substantiva, não corresponder uma proposta simultânea da origem do seu financiamento’.

De acordo com o Governante, haverá ainda campo para uma ‘diferente afetação das parcelas do Orçamento do Estado, reforçando o que à saúde diz respeito’, deixando claro que ‘maiores custos em certas áreas da saúde não significam automaticamente maior carga fiscal sobre os contribuintes’, mas sim que esses custos ‘exigem medidas, exigem atuação e não mera observação.’”

Fonte: Univadis, 25 de junho

Saúde familiar vai ter 28 novas unidades até ao fim do ano

“O ministro da Saúde anunciou hoje que até ao final do ano vai abrir mais 28 unidades de saúde familiar (USF) e deixar em construção cerca de 20 centros de saúde.

Falando na Comissão Parlamentar de Saúde, a última em que participa nesta legislatura, Paulo Macedo recordou que durante a sua governação foram abertas 117 USF e adiantou que durante o ano de 2015 serão abertas mais 28, estando prevista para ‘os próximos dias’ a publicação da portaria correspondente.”

Fonte: TSF, 17 de junho

Farmácias hospitalares “não deram resultado”, diz Paulo Macedo

“Paulo Macedo diz que o encerramento destas farmácias, onde muitas têm vindo a acumular dívidas, está a acontecer nos hospitais ‘onde o Serviço Nacional de Saúde nunca chegou a receber qualquer renda’. ‘Esta foi uma situação que se arrastou’, acrescenta. Certo é que da parte do Ministério não ‘há qualquer intenção de novos concursos’. A decisão cabe agora à administração de cada hospital, ‘aprendendo com as lições do passado’, alertou o ministro.”

Fonte: TSF, 27 de junho

Aumento dos custos da saúde não significa subida de impostos

“Os maiores custos produzidos pela saúde no futuro próximo (matéria indiscutível) serão suportados pelos impostos, a menos que os portugueses decidam outras formas de financiamento, e este debate está por fazer. Em todo o caso, maiores custos não significam automaticamente aumento de impostos (maior carga fiscal sobre os contribuintes), pois pode haver espaço para uma redistribuição das receitas fiscais’, esclareceu o Ministério em nota enviada à comunicação social.”

Fonte: Jornal de Notícias, 23 de junho

Governo apressa cirurgias. Desbloqueadas verbas para cumprir mais 16 mil intervenções

“O Ministério da Saúde vai reforçar o financiamento dos hospitais em 22 milhões de euros para a realização de cirurgias ao cancro da mama e próstata, hérnia discal, artroplastia da anca e cataratas.

De acordo com uma portaria publicada esta terça-feira em Diário da República, o Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC) entra em vigor a 1 de julho, devendo os hospitais candidatar-se ao programa, que vai vigorar até ao final do ano.

Será privilegiada ‘a modalidade de tratamento cirúrgico em regime de ambulatório, reforçando também a tendência de ambulatorização da atividade cirúrgica que tem vindo a ser incrementada nos últimos anos, com ganhos ao nível do acesso e da qualidade para os cidadãos e de eficiência para as instituições do SNS’.”

Fonte: Rádio Renascença, 16 de junho

O papel do enfermeiro na farmácia - a multidisciplinaridade entre profis

Ruben Loureiro*, Ana Catarina Silva**

* Mestrando na Escola Superior de Gestão de Tomar

** Santa Casa da Misericórdia da Golegã

Autores

RESUMO

Introdução: A multidisciplinaridade entre profissionais de diferentes áreas certamente enriquecerá os cuidados à comunidade, através de uma visão holística e multidisciplinar onde os diferentes saberes se fundem numa prestação de cuidados mais personalizada e objetiva.

Objetivo: Cada vez mais a população tem a necessidade de cuidados de proximidade e acessibilidade, assim, está um novo paradigma de cuidados de saúde a surgir e para tal, pretende-se com este *papper* verificar a acessibilidade dos utilizadores das farmácias comunitárias relativamente à procura de serviços de enfermagem.

Metodologia: Foi realizado um estudo quantitativo, tomando como método a execução de um questionário *online*, a um universo de 179 inquiridos, de onde foram obtidas resposta por parte de 56 (31%). Sendo que cerca de 75% dos inquiridos considera que a presença do enfermeiro numa farmácia influenciará a sua escolha, optando por uma farmácia com serviço de enfermagem e 46,43% avalia como bastante significativo a facilidade no acesso caso necessite de serviços de enfermagem e a possibilidade de os receber em contexto de farmácia, tornando-se mais fácil, acessível e rápido, comparativamente a outros contextos de saúde.

Resultados e Discussão: É fundamental estar próximo da população, inovar, integrar. Quer enfermeiros, quer farmacêuticos têm como objetivo geral a saúde ou bem-estar do utente, embora cada grupo

profissional possua perspetivas diferentes sobre aspetos específicos da natureza das pessoas e objetivos especiais que diferem dos de outro grupo. Porque não acreditar neste novo paradigma de cuidados e deixar que seja a população a optar pela acessibilidade nos cuidados de enfermagem?

Palavras-Chave: Acessibilidade, Cuidados, Enfermagem, Farmácia, Saúde.

ENQUADRAMENTO

Com objetivo de assegurar melhores condições acessibilidade aos cuidados e uma maior personalização no atendimento, as farmácias têm apostado nos serviços de enfermagem. Com esta forma tímida mas promissora, nasceu um novo paradigma de cuidados, que influenciará a prestação de cuidados à comunidade. Assim, de forma a desenvolver este estudo, foi imprescindível assegurar um método de investigação, como tal, foi tido por base o método estatístico, e de forma a exprimir o que se pretende conhecer, foi elaborada uma pergunta de partida para a investigação, a qual foi "As farmácias comunitárias garantem acessibilidade à procura de serviços de enfermagem?".

Com o ponto de partida definido, pretendeu-se atingir alguns objetivos delineados para os bons resultados da investigação, assim, o objetivo geral a atingir, pretende verificar a acessibilidade das farmácias comunitárias relativamente à procura de serviços de enfermagem oferecidos aos seus utentes.

A multidisciplinaridade entre profissionais



comunitária

sões e a facilidade no acesso



de diferentes áreas sem dúvida que enriquecerá os cuidados à comunidade, trará uma visão holística e multidisciplinar, onde os diferentes saberes se fundem numa prestação de cuidados mais personalizada e objetiva. Segundo Pearson e Vaughan (1992), a multidisciplinaridade pressupõe que cada grupo profissional tenha por base o seu próprio modelo de cuidados, de forma a concretizar o seu trabalho. Assim, integrados numa equipa multidisciplinar, todos têm como objetivo geral a saúde ou bem-estar do utente, embora cada grupo profissional possua perspetivas diferentes sobre aspectos específicos da natureza das pessoas e terá objetivos especiais que diferem dos de outro grupo, requerendo por isso conhecimentos, técnicas e atitudes diferentes. Desta forma, trabalhando em parceria, enfermeiros e farmacêuticos, para além de um conhecimento mais próximo da população, visam prestar cuidados assistenciais numa atitude de proximidade da comunidade, entrando quando possível no próprio contexto vivencial da mesma, no âmbito da promoção, prevenção e educação para a saúde, prestando também cuidados em situações de gravidade ligeira, como sendo o primeiro recurso de cuidados, permitindo uma acessibilidade da população aos profissionais de saúde, tratando-se de um contexto de cuidados de diferentes áreas profissionais, e por isso rico na sua forma de agir.

METODOLOGIA

Fortin (2003) elucida a metodologia como sendo o conjunto de métodos e técnicas

que acompanham a elaboração do processo da investigação científica, ou seja, onde são apresentadas as etapas sistematizadas preconizadas num processo de investigação. Como tal, a melhor forma para começar um trabalho de investigação em ciências sociais consiste em enunciar o projeto sob forma de pergunta de partida. Com esta pergunta, o investigador tenta exprimir o que pretende conhecer, sendo o primeiro fio condutor para a investigação. Para desempenhar corretamente a sua função, a pergunta de partida deve ser clara, exequível e pertinente. A pergunta de partida para a investigação é: “As farmácias comunitárias garantem acessibilidade à procura de serviços de enfermagem?”. Após todas as técnicas definidas para investigar esta questão, consegue-se *a priori* definir algumas hipóteses:

- H1: “As farmácias comunitárias oferecem serviço de enfermagem aos seus utentes.”
- H2: “A oferta de cuidados de enfermagem em farmácias comunitárias ainda é pouco procurada.”
- H3: “Maioria dos utentes conhece serviços de enfermagem na farmácia que frequenta.”

QUESTÃO	SIM	NÃO
Já frequentou alguma farmácia com serviços de enfermagem?	32,14%	67,86%

O método a utilizar na investigação é o questionário, aplicado ao utente, através de um estudo quantitativo exploratório. O método por questionário é aconselhado, segundo Quivy e Campenhoudt (1995), quando se pretende conhecer uma população (acesso ao serviço de saúde), analisar um fenómeno social ou em todos os casos que seja necessário questionar um número elevado de pessoas sobre uma dada questão. As vantagens encontradas neste método prendem-se com a possibilidade de quantificar dados e proceder a relações entre eles, bem como satisfazer a exigência de representatividade do conjunto dos inquiridos. O questionário foi aplicado a um universo de 179 inquiridos, de onde foram obtidas resposta por parte de 56.

O questionário foi constituído por três questões fulcrais, as quais são demonstradas no quadro abaixo e serão abordadas durante a análise dos dados colhidos.

RESULTADOS

Dos inquiridos (maioria residente no distrito de Santarém [78,5%]) cerca de 77% pertence ao sexo feminino e 23% ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos de idade, sendo que a média de idades se encontra pelos 27,4 anos. Na maioria (46,43%) detentores de licenciatura, sendo que o grau académico

mais baixo foi o ensino básico (5,36%) e o mais alto foi mestrado (10,71%).

À questão “Já frequentou alguma farmácia com serviços de enfermagem?”, 32,14% das respostas foram afirmativas, sendo que os restantes nunca frequentaram farmácias com serviço de enfermagem (67,86%).

Sendo que 46,43% avalia como bastante significativo a facilidade no acesso caso necessite de serviços de enfermagem e poder recebê-los em contexto de farmácia, tornando-se mais fácil, acessível e rápido, comparativamente a outros contextos de saúde. O tempo médio de espera, de acordo com as respostas, para a prestação de serviços de enfermagem em contextos como clínicas, centros de saúde ou outros, supera em cerca de 61% das respostas para tempos de espera superiores a 15 minutos.

DISCUSSÃO

Após análise dos dados recolhidos, pode-se afirmar uma falta de oferta no que concerne aos cuidados de enfermagem em farmácias comunitárias, pois 67% dos inquiridos nunca frequentou uma farmácia com serviço de enfermagem, o que nos leva a analisar a questão seguinte: “Será significativo o enfermeiro na farmácia?”, neste contexto os inquiridos consideram em parte (96% acima do valor 3) que é significativo ou muito significativo, pelo que podemos considerar que

QUESTÃO	OBJETIVO
Já frequentou alguma farmácia com serviços de enfermagem?	Definir o acesso à prestação de serviços de enfermagem, em Farmácias Comunitárias.
Numa escala de 0 a 5, em que 0 corresponde a insignificante e 5 a bastante significativo, avalie: Se necessitar de Serviços de Enfermagem e poder recebe-los em contexto de farmácia, considera significativo visto a facilidade no acesso?	Definir o acesso e a necessidade à prestação de serviços de enfermagem, em Farmácias Comunitárias.
Tendo em consideração o local onde procura serviços de enfermagem habitualmente [hospital, clínica, etc.], qual o tempo médio de espera para a prestação do serviço?	Definir o tempo médio/acesso de cuidados de enfermagem em outros contextos [hospitais, clínicas, etc.].

QUESTÃO	<5 min	5 min	10 min	15 min	>15 min
Tendo em consideração o local onde procura serviços de enfermagem habitualmente [hospital, clínica, etc.], qual o tempo médio de espera para a prestação do serviço? (em minutos)	3,57%	1,79%	19,64%	14,29%	60,71%

QUESTÃO	0	1	2	3	4	5
Numa escala de 0 a 5, em que 0 corresponde a insignificante e 5 a bastante significativo, avalie: Se necessitar de Serviços de Enfermagem e poder recebe-los em contexto de farmácia, considera significativo visto a facilidade no acesso?	0%	0%	3,57%	23,21%	26,79%	46,43%

maioria da população ainda não tem acesso a este tipo de cuidados partilhados entre a farmácia e o enfermeiro.

CONCLUSÃO

O reconhecimento de que os cuidados de saúde deverão cada vez mais ir ao encontro das necessidades da população pressupõe a garantia de melhores condições de acessibilidade aos cuidados e uma maior personalização no atendimento. Desta forma, as farmácias têm apostado nos serviços de enfermagem, levando os cuidados de enfermagem a um nível mais próximo da população. Enfermeiros e farmacêuticos devem assumir a responsabilidade que decorre do mandato social da profissão, reforçando a sua intervenção, apostando em políticas de saúde que favoreçam a proximidade à população, o acesso aos cuidados e a igualdade de oportunidades.

É com base na população, e nas necessidades e expectativas da mesma que um serviço de enfermagem na comunidade, direcionado para a saúde pública deve focar as suas ações e intervenções. Daí se conclui que a população tem várias necessidades quando frequentam uma farmácia comunitária, tais como a avaliação de parâmetros vitais, a administração de injetáveis, o tratamento de feridas, entre outros. Atividades estas, que sem dúvida fazem parte das intervenções

que um enfermeiro poderá desempenhar junto da comunidade, alcançando cuidados numa maior faixa da população de forma acessível, eficiente e eficaz.

A população valoriza bastante os cuidados de enfermagem na farmácia, uma vez que se trata de um contexto de saúde a que recorre com bastante frequência, tornando-se mais acessível o recurso a cuidados de saúde, tratando-se em muitos casos de uma primeira linha na procura de cuidados, sendo referida a escolha por farmácias com serviço de enfermagem caso exista opção de escolha. Desta forma, hoje em dia as farmácias são locais onde se procuram maiores cuidados de saúde, mais qualidade de vida e uma atenção cada vez mais personalizada.

Decerto que muitas das soluções que visam garantir o alcance de maiores níveis de saúde da comunidade passam pelas respostas de proximidade, do acesso aos cuidados de saúde e pelo envolvimento das pessoas e dos profissionais (Sousa, s/data, citado pela Ordem dos Enfermeiros, 2011), esta aliança de complementaridade que tende a desenvolver-se entre enfermeiros e farmacêuticos trará esta mesma proximidade, acesso, e empenhamento por parte de todos os envolvidos, resultando num novo paradigma de cuidados, o qual influenciará a prestação de cuidados à comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Almeida, Lúcio. 2005. Da Prevenção Primordial à Prevenção Quaternária. [Online] Janeiro/Junho de 2005. [Citação: 28 de Novembro de 2014.] <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>.
2. Antunes, Ana Patrícia. 2010. Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio. [Online] 2010. [Citação: 28 de Novembro de 2014.] <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14455/1/Adequa%C3%A7%C3%A3o%20da%20oferta%20de%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20e%20de%20apoio%20face%20%C3%A0s%20necessidades%20sentida.pdf>.
3. Diário da República. 2 de Novembro de 2007. Portaria n.º 1429/2007. 1.ª série - N.º 211. 2 de Novembro de 2007.
4. Entidade Reguladora da Saúde. 2014. Parecer. [Online] 2014. [Citação: 12 de Dezembro de 2014.] https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1060/farmacias_e_parafarmacias.pdf.
5. Faria, Elisabete Mota. 2014. Farmácia Comunitária. *Ordem dos Farmacêuticos*. [Online] 2014. [Citação: 25 de Novembro de 2014.] http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebFarma_09/defaultCategory-ViewOne.asp?categoryId=1909.
6. Ordem dos Enfermeiros. 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*. [Online] 2001. [Citação: 12 de Dezembro de 2014.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
7. Ordem dos Farmacêuticos. Setembro de 2010. Normas Conjuntas FIP/OMS para as Boas Práticas de Farmácia. [Online] Setembro de 2010. [Citação: 12 de Dezembro de 2014.] http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xfiles/sccontentdeployer_pt/docs/articlefile640.pdf.
8. Pearson, Alan e Vaughan, Barbara. 1992. *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Londres : Heinmann Nursing, 1992.
9. Sobreira, Nilze. 1981. *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro : Interamericana, 1981.
10. Sousa. 2011. XI Seminário de Ética - Responsabilidade com a Comunidade. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 2011. [Citação: 25 de Novembro de 2014.] http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/roe37_net.pdf.
11. Stanhope, M. e Lancaster, J. 1999. *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4.ª. Lisboa : Lusociência, 1999.

Sites



British Medical Association

<http://bma.org.uk/>

Our vision is a profession of valued doctors delivering the highest quality health service where:
All doctors have strong representation and expert guidance, whenever and wherever they need it
All doctors have their individual needs responded to, through career-long support and professional development

All doctors are championed by the BMA and their voices are sought, heard and acted upon

All doctors can connect with each other as a professional community

All doctors can influence the advancement of health and the profession



National Institutes of Health

<http://www.nih.gov/>

NIH is the largest source of funding for medical research in the world, creating hundreds of thousands of high-quality jobs by funding thousands of scientists in universities and research institutions in every state across America and around the globe.



Associação Médicos do Mundo

<http://www.medicosdomundo.pt/pt>

A Associação Médicos do Mundo é uma Organização Não-Governamental de ajuda humanitária e de cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa.

O nosso trabalho assenta no direito fundamental de todos os seres humanos terem acesso a cuidados de saúde, independentemente da sua nacionalidade, religião, ideologia, raça ou possibilidades económicas.

O facto de esse direito fundamental não ser garantido a um assinalável número de pessoas, quer em Portugal como no estrangeiro, justifica a nossa ação.



Association Européenne des Médecins des Hôpitaux

<http://www.aemh.org/pages/home.html>

The AEMH provides a European platform for hospital physicians, which develops and maintains a spirit of cooperation and communication among its national member delegations, improving the understanding of the different health systems. It encourages the exchange of ideas and experiences and promotes discussion among doctors, patients and politicians with the major objective of promoting health and improving patient safety.



Financial Management of Health Care Organizations

Autores: William N. Zelman, Marci Thomas, Noah D. Glick, Michael J. Mccue

Edição/reimpressão: 2014

Sinopse: Offers an introduction to the tools and techniques of health care financial management, including health care accounting and financial statements; managing cash, billings and collections; making capital investments; determining cost and using cost information in decision-making; budgeting and performance measurement; and pricing.



Management Accounting in Health Care

Autores: David W. Young

Edição/reimpressão: 2014

Sinopse: Provides introductory-level instruction and a user-oriented approach to management accounting concepts and techniques that help to prepare students for managerial work in health care. This book introduces concepts and techniques that can help students identify, analyze, and apply key management accounting principles.



International Best Practices In Health Care Management

Editor: Emerald Group Publishing Limited

Edição/reimpressão: 2015

Sinopse: Advances in Health Care Management Volume 17 helps to shape emerging thinking about best practices in international health care management. The volume is divided into two sections: a set of commentaries from US and European scholars, and research articles that compare two or more health systems and focus on specific topics in health care delivery.

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 atualidade, 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 atualizada.



SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

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

Ficha de inscrição para Associado Efetivo*

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

