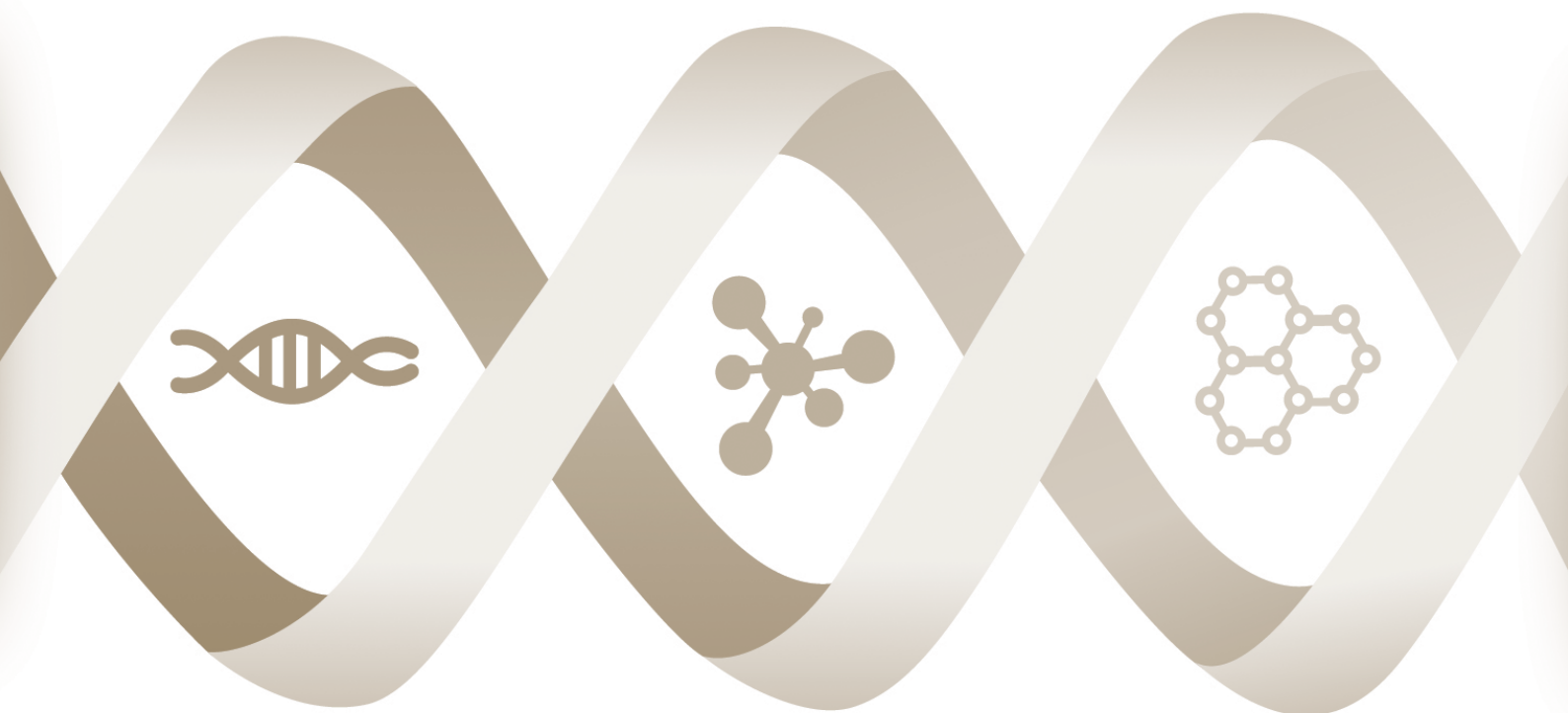


Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Diretor: Miguel Sousa Neves • email: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • março 2016 • N.º 18



Perspetivas para o Serviço Nacional de Saúde
Rui Nunes

As USF como Modelo
de Organizações Democráticas
João Rodrigues

Cultura de Segurança *versus*/e/ou Clima
de Segurança?:
Dois Conceitos Centrais para a Garantia
da Segurança em Saúde
Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva

Tópicos de Gestão da Saúde em Portugal
Eugénio Viassa Monteiro

Governança Clínica em Cuidados Continuados
Integrados
Pedro Alexandre António Ferreira

Qual o Impacto das Taxas Moderadoras,
no Acesso aos Cuidados de Saúde, por Parte
dos Utilizadores
**Carolina Alexandra Sousa Pinto Leal e Sandra
Madalena Neto Andrade Reimão Garcez**

Efeitos da Aplicação do Memorando
de Entendimento sobre Condicionaismos
Específicos de Política Económica na Prestação
de Cuidados Hospitalares
Alexandre Morais Nunes

Índice

- 4 Estatuto Editorial
- 5 Mensagem
Miguel Sousa Neves
- 6 Perspetivas para o Serviço Nacional de Saúde
Rui Nunes
- 9 Notícias
- 10 As USF como Modelo
de Organizações Democráticas
João Rodrigues
- 11 Sites
- 12 Governação Clínica
em Cuidados Continuados Integrados
Pedro Alexandre António Ferreira
- 17 Livros
- 18 Tópicos de Gestão da Saúde em Portugal
Eugénio Viassa Monteiro
- 21 Cultura de Segurança versus/e/ou Clima
de Segurança?:
Dois Conceitos Centrais para a Garantia
da Segurança em Saúde
Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva
- 25 Qual o Impacto das Taxas Moderadoras,
no Acesso aos Cuidados de Saúde,
por Parte dos Utilizadores
*Carolina Alexandra Sousa Pinto Leal e Sandra Madalena
Neto Andrade Reimão Garcez*
- 30 Efeitos da Aplicação do Memorando
de Entendimento sobre Condicionaisismos
Específicos de Política Económica na Prestação
de Cuidados Hospitalares
Alexandre Morais Nunes

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 18 • março 2016

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

RioGráfica - Rio Maior

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.

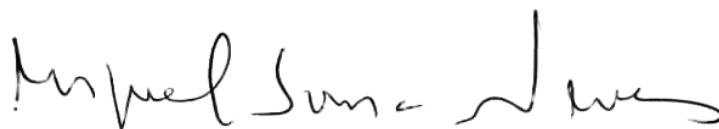
Mensagem



Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

As primeiras palavras são para o trabalho do Ministro e Secretários de Estado da Saúde: eficazes e eficientes até agora e utilizando sempre uma linguagem de bom senso e ponderação. Interessante saber os resultados das Comissões criadas para a Reforma do SNS: esperamos todos, com alguma ansiedade, respostas adequadas e inovadoras para os problemas que se avolumam no setor público da saúde. Interessante também saber qual o papel reservado para o setor social que tem demonstrado boas respostas na área de saúde. No caso do setor privado — o que mais se tem desenvolvido neste tempo de vacas magras — ficaremos a aguardar o trabalho da Comissão criada para a Reforma da ADSE que será neste momento o sustentáculo e a fatia mais lucrativa para este setor com críticas cerradas de vários lados como, por exemplo, do ex-Ministro da Saúde Correia de Campos.

A todos uma Páscoa Feliz.



Perspetivas para o Serviço Nacional de Saúde

Rui Nunes

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Autor

INTRODUÇÃO

A sociedade apela, insistentemente, por um novo sistema de saúde. Qual o motivo desta exigência? Por um lado, porque está no subconsciente de todos os cidadãos que existe um direito humano básico à proteção da saúde. Mas, está igualmente em causa a necessidade de se estabelecerem prioridades na saúde (Nunes 2014a) e de se promover a eficiência do ponto de vista económico através da adequada gestão dos recursos financeiros e dos meios humanos e materiais (Nunes 2014b). Assim, têm sido propostas diversas alternativas para estabelecer um controlo dos custos em cuidados de saúde, com a finalidade de garantir um acesso mais equitativo. O cerne da questão reside na existência de necessidades ilimitadas e de recursos limitados, bem como na dificuldade de definir quem deve decidir como aplicar estes recursos (Nunes 2012). Neste contexto sugerem-se algumas pistas de reflexão que possam promover a modernização e a sustentabilidade do sistema de saúde. E também a sua eficiência.

ESTADO REGULADOR

E INOVAÇÃO ORGANIZATIVA

Entre as medidas de fundo para uma efetiva reforma do sistema de saúde português encontra-se a separação clara entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde. Nomeadamente, através da criação de um mercado interno concorrencial que promova a eficiência do sistema e a qualidade dos serviços, permitindo a escolha do prestador que melhor se ajuste aos interesses dos utentes (Rego 2008). Mas, importa promover um intenso debate na sociedade – e eventualmente um pacto social entre os diversos grupos de interesse – de modo a que sejam implementados mecanismos de gestão que permitam maximizar a eficiência

macro e micro económica e reduzir o desperdício existente no sistema (Boyne 2003).

É necessário quicá implementar uma nova cultura na saúde fundada na convergência de dois fatores aparentemente irreconciliáveis: a equidade na prestação de cuidados de saúde e a otimização da utilização dos recursos financeiros, mantendo níveis crescentes de qualidade. Assim, com base nos vetores chave para o aumento da produtividade e suporte do *value-for-money* – eficiência e eficácia – surge o conceito de Euro-Saúde. Ou seja o ideal de que melhorar a eficiência na utilização dos recursos pode originar um sistema de saúde mais justo e de melhor qualidade (Nunes 2002). E, também, o papel central do contribuinte que através dos seus impostos contribui decisivamente para o financiamento do sistema. Esta nova mentalidade parte, então, da perceção de que a saúde e a sua proteção são um bem económico altamente dispendioso e não “gratuito”, ainda que frequentemente o seja no momento da utilização dos serviços.

Num contexto de mercado imperfeito, o sistema deve assegurar as funções de financiamento, regulação, prestação, e acompanhamento dos cuidados de saúde (Selznick 1985). Porém, quando se faz alusão ao binómio “público versus privado”, a função “prestação” assume particular relevância. É cada vez mais improvável uma lógica de “tudo ou nada”, parecendo não existir qualquer dúvida de que, com os recursos humanos e materiais existentes, é fundamental a existência de hospitais públicos que pautem a sua cultura organizacional de acordo com a função reguladora do Estado (Nunes 2007). Este requisito é determinante para a estabilidade social, ainda que, dada a atual falta de sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde, a existência de

novos modelos de gestão hospitalar surja como um imperativo na política de saúde.

Se é verdade que a Constituição da República garante o direito à proteção da saúde não é menos verdade que este texto, como aliás a maioria da legislação no domínio da saúde, coloca reservas à sua consagração de acordo com as possibilidades económicas existentes (reserva do possível). A saúde tem necessariamente que competir com outros bens sociais — tal como a educação, o ambiente, a segurança ou a defesa nacional — pelo que a única conclusão lógica e coerente, distanciada da demagogia habitual na cena política, é a de que se queremos um sistema de saúde que proteja efetivamente a saúde dos portugueses temos que utilizar os recursos em tratamentos de efetividade clínica comprovada (Sackett 2000) e com o mínimo de desperdício possível.

À sociedade compete o escrutínio da atividade das instituições de saúde e a proposta construtiva de soluções alternativas. E, como não está em causa a privatização dos serviços de saúde (de acordo com as bases programáticas da Constituição da República), a transferência progressiva de competências para as autarquias (ou outras formas de descentralização) pode ser uma iniciativa adequada (Decreto-Lei n.º 30/2015 referente à municipalização de serviços). Dotadas de legitimidade democrática e de responsabilidade política as autarquias podem contribuir decisivamente para resolver os problemas de saúde que afligem os portugueses. Problemas que o atual modelo centralizado de gestão não consegue resolver. Também, a introdução de novos modelos de gestão reflete a resposta das instituições de saúde a uma sociedade cada vez mais exigente, mais crítica e em permanente evolução

(Brandão 2013). O atual modelo de gestão hospitalar, na forma de Entidade Pública Empresarial, manifesta alguma incapacidade em concretizar os objetivos a que se propõe no atinente à eficiência na gestão, à eficácia administrativa e até mesmo, pelo menos em alguns casos, ao nível da qualidade na prestação. Parece estar em causa a inadequação da situação vigente na atualidade, ou seja a existência de um único modelo, revisto no correspondente estatuto jurídico, que regula a atividade organizacional dos serviços de saúde. A identificação das principais forças e fraquezas do Serviço Nacional de Saúde, em especial no que respeita à gestão hospitalar, promove o aparecimento de soluções que permitam aumentar a produtividade dos serviços, bem como garantir uma distribuição equilibrada e uma utilização eficiente dos fundos disponíveis (Khaleghian 2005).

INTEGRAÇÃO EM SAÚDE

Apesar de ser já considerável a articulação dos diferentes níveis de cuidados de saúde que existe num sistema público vertical como o Serviço Nacional de Saúde, a falta de integração entre as diferentes componentes do sistema, mesmo num território relativamente circunscrito como Portugal, é responsável por elevados custos de oportunidade e por uma taxa inaceitável de ineficiência global do sistema. Casos evidentes de falta de integração são, por exemplo, a desarticulação entre os centros de saúde e os hospitais ou, num plano horizontal, entre hospitais de diferentes níveis de diferenciação em diferentes pontos do país, obrigando por vezes os doentes a percorrer centenas de quilómetros para usufruírem de um atendimento adequado.

A integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde, nomeadamente a articulação entre os cuidados primários, os cuidados continuados e os hospitais, é um tema importante aliás debatido na comunidade científica e profissional recorrentemente ao longo dos últimos anos. Importa perceber o que significa em saúde a expressão “integração” e de que modo é que esta pode ser implementada. A Organização Mundial de Saúde define integração em saúde como “A gestão e oferta de serviços de saúde de modo a que os utentes recebam um *continuum* de serviços preventivos e curativos

de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e nos diferentes níveis do sistema de saúde” (WHO 2008). De facto, trata-se de um conceito que reúne na mesma trajetória os *inputs*, a oferta, a gestão e a organização dos serviços de saúde relacionados com o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a promoção a saúde. A integração é então um meio de melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, utilização, satisfação e eficiência. A integração em saúde pode ser: a) Estrutural (vertical ou horizontal); b) Normativa; e c) Funcional (clínica, informacional, financeira, ou administrativa).

A integração estrutural nos serviços de saúde é um valioso instrumento e é enquanto tal que deve ser apreciada (Santana 2008). O seu principal objetivo reside no aumento do grau das interligações (coordenação) entre as diferentes etapas do processo de produção sendo precisamente na concentração da gestão dessas interligações que poderão surgir os benefícios da integração (Grupo de Trabalho 2014). Porém, a integração em saúde não pode ser descontextualizada de outras evoluções do SNS. Por exemplo, uma dimensão essencial da evolução do sistema de saúde português foi a publicação da Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril que tem por objeto estabelecer os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas e proceder à sua classificação.

Assim, os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde estão hoje classificados hierarquicamente (segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas) em quatro grupos: I, II, III, e IV. Independentemente da qualificação deste modelo de hierarquização dos hospitais e centros hospitalares não resta qualquer dúvida de que tão importante como a existência desta tipologia é o modo como os hospitais de nível inferior se irão na prática articular com os de ordem superior de modo a garantir a continuidade de cuidados aos doentes. O que implica, também, um sistema de referência e uma rede de transportes adequados para o efeito. A existência de normas claras e definidas, consensualizadas pelas regras da evidência técnica e científica, é também fundamental para a concretização de uma verdadeira integração estrutural.



Mas, para ser eficaz a integração de diferentes níveis de cuidados de saúde deve também ser alcançada no plano funcional. Na dimensão clínica faz todo o sentido a criação de sistemas regionais de gestão de referências, que possam interagir entre si nos casos em que tal se revele necessário e indispensável (Ackerman 1992). Dado que o Serviço Nacional de Saúde está organizado regionalmente uma articulação regional parece ser um instrumento importante para otimizar o acesso à saúde e a racionalização na utilização dos meios. Mas, para um sistema regional de gestão de referências ser eficaz tem que existir uma nova atitude por parte dos profissionais de saúde no sentido de agregar à componente clínica a dimensão de “gestão do doente”. Dada a responsabilidade clínica envolvida na “gestão” do doente, só um médico está em condições de desenrolar adequadamente esta tarefa. Parece óbvio que esta função deve ser da responsabilidade do médico de família, assumindo este cabalmente uma nova função face à integração estrutural e funcional de cuidados de saúde.

A dimensão financeira é outra das dimensões onde mais rapidamente se fará sentir a importância da integração de cuidados de saúde. Quer a aplicação da unidade de pagamento por capitação quer o desenvolvimento e aplicação de um sistema de custeio por utente parecem ser medidas de extraordinário benefício para uma mais eficiente gestão de recursos no universo da saúde. De facto, a aplicação da unidade de pagamento por capitação – desde que devidamente ajustada por critérios consensuais que não mereçam nenhum desacordo – é o método mais justo de financiar a saúde em qualquer nível do sistema. É também o método mais em consonância com o princípio da *public accountability* ou seja o imperativo de que as decisões em saúde devem ser claras, transparentes e escrutináveis por toda a sociedade (Nunes 2011). O financiamento por capitação não apenas promove a integração de cuidados de saúde como contribui para um sistema mais justo, mais eficiente e mais previsível.

Do mesmo modo o desenvolvimento e aplicação de um sistema de custeio por utente só peca por tardio, dado que para além de conferir maior transparência a todo o processo de financiamento permite, também, uma melhor tomada de consciência e mesmo uma maior responsabilização do doente face ao custo dos tratamentos recebidos. Caso este sistema de custeio seja introduzido será preciso determinar com clareza o modo como se processam os fluxos financeiros de forma a apurar as responsabilidades financeiras das diferentes unidades de saúde num quadro de autonomia de gestão que se verifica no SNS.

Já numa perspectiva administrativa a hipótese de uma maior integração dos diferentes níveis de cuidados merece também a devida atenção. A uniformização e centralização de procedimentos administrativos requer particular destaque desde que o seu âmbito de intervenção seja devidamente enquadrado. De facto, a reforma do SNS levada a cabo ao longo dos últimos anos pauta-se por alguma descentralização administrativa, nos termos aliás da Constituição e da Lei. Por isso foram dinamizadas as Unidades Locais de Saúde, as Sub-regiões de Saúde deram origem à criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo este um dos elementos estruturantes da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Também a nível hospitalar foram criados Centros Hospitalares pela integração orgânica e funcional de

diferentes hospitais da mesma zona geográfica sendo que o modelo Entidade Pública Empresarial (EPE) veio conferir maior autonomia administrativa e financeira à gestão hospitalar, sobretudo aos hospitais do Setor Público Administrativo (SPA).

Pelo que é neste contexto organizativo que se deve apreciar qualquer proposta de uniformização e centralização de procedimentos enquanto ferramenta nuclear para que os modelos de gestão preconizados funcionem em pleno; e para que possam ser comparáveis de modo a permitir o necessário *benchmarking* do desempenho das organizações. A uniformização de procedimentos administrativos pode revelar-se como um instrumento precioso para melhorar o sistema de saúde nomeadamente na sua dimensão organizativa.

Finalmente, numa dimensão sistémica (tanto estrutural como funcional), a ausência de planeamento estratégico é uma das principais lacunas do nosso sistema de saúde. Esta deveria ser uma das tarefas primaciais do Ministério da Saúde no sentido de, numa perspectiva de descentralização, planear adequadamente quais as necessidades do país para as próximas décadas no que respeita a recursos humanos e tecnológicos.

Pelo que a implementação de uma lógica organizativa que se paute pela integração sistémica de cuidados encerra em si própria a potencialidade de estimular decisivamente o planeamento estratégico. Dado que é mais fácil planear a produção da saúde para uma determinada zona territorial quando existe uma integração organizativa do que quando cada unidade funciona de um modo desarticulado. Ou seja, o próprio conceito de integração induz a um planeamento atempado. Também a implementação de estruturas organizacionais integradas pode promover e ser promovida pelo planeamento estratégico pelo que faz todo o sentido que esta medida seja rapidamente implementada (Lugon 2001).

A promoção de uma maior integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde é uma medida essencial para a esperada reforma do Serviço Nacional de Saúde. E deve ser cuidadosamente apreciada por todos os agentes do setor. Porém, pela sua enorme densidade estas e outras soluções organizativas necessitam de maior evidência técnica sobre os potenciais resultados e consequências para o nosso

sistema de saúde. Talvez assim possa alcançar-se uma verdadeira reforma estrutural e humanizada da saúde.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, K: The Movement toward Vertically Integrated Regional Systems. *Health Care Management Review* 17 (3); 1992: 81-88.
- Boyne GA, Farrell C, Law J, Powell M, Walker M: *Evaluating Public Management Reforms*. Buckingham, Open University Press, 2003.
- Brandão C, Rego G, Duarte I, Nunes R: Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance? *Health Care Analysis*, 21 (4); 2013: 390-402.
- Grupo de Trabalho: Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Lisboa, fevereiro de 2014.
- Khaleghian P, Gupta MD: Public Management and the Essential Public Health Functions. *World Development* 33 (7); 2005: 1083-1099.
- Lugon M, Secker-Walker J: *Advancing Clinical Governance*. The Royal Society of Medicine Press Ltd, London, 2001.
- Nunes R, Rego G: *Prioridades na Saúde*. McGraw-Hill, Lisboa, 2002.
- Nunes R, Rego G, Brandão C: The Rise of Independent Regulation in Health Care. *Health Care Analysis* 15 (3); 2007: 169-177.
- Nunes R, Brandão C, Rego G: Public Accountability and Sunshine Healthcare Regulation, *Health Care Analysis* 19 (4); 2011: 352-364.
- Nunes R: *Reinventar o Estado Social*, Livro de Homenagem ao Doutor Gomes Canotilho, Coimbra Editora, Coimbra, 2012.
- Nunes R, Rego G: Priority Setting in Health Care: A Complementary Approach, *Health Care Analysis* 22; 2014: 292-303 (2014a).
- Nunes R: *Regulação da Saúde*. Vida Económica, Porto, 2014, 3ª edição (2014a).b
- Rego G. *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos*. Uma Aplicação ao Sector da Saúde. Vida Económica, Porto, 2008.
- Sackett D, Straus S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R: *Evidence Based Medicine*. London, Churchill Livingstone, 2000 (2nd edition).
- Santana R, Costa C: A Integração Vertical de Cuidados de Saúde: Aspectos Conceituais e Organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 7; 2008: 29-56.
- Selznick P: *Focusing Organisational Research on Regulation*. In: Noll R, editor. *Regulatory Policy and the Social Sciences*. Berkeley, University of California Press, 1985.
- WHO: *Integrated Health Services – What and Why?* World Health Organization, Technical Brief n.1, 2008.



Notícias

Ministro quer reduzir horas extra dos médicos para menos de metade

“O ministro da Saúde quer diminuir substancialmente as horas extraordinárias dos médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS). “O recurso a horas extraordinárias deve representar, numa organização funcional, 3 a 4% do total e não 10 a 11% como tem acontecido nos últimos anos”, defendeu Adalberto Campos Fernandes, esta quarta-feira, durante uma audição na Comissão Parlamentar de Saúde.”

Fonte: Público, 2 de março

Governo vai centralizar colocação de médicos

“É a mais recente receita para tentar resolver a crónica falta de médicos de família nos próximos três anos. A colocação de médicos vai passar a ser feita de forma centralizada e não ao nível regional, como até aqui.

O plano conta com a nova geração de médicos que terminam a formação nos próximos cinco. São cerca de dois mil novos médicos que terminam o internato e que podem ser direccionados para esta área. O plano inclui também os médicos reformados que vão regressar ao activo, acumulando a reforma com dois terços do ordenado. O Ministério da Saúde acredita que pelo menos 300 clínicos vão aceitar voltar, durante dois anos, até que haja médicos de família suficientes para as necessidades.”

Fonte: Rádio Renascença, 24 de fevereiro

Governo cria comissão para estudar reforma da ADSE

“O ministro da Saúde nomeou uma comissão para estudar a reformulação da ADSE (o subsistema de saúde dos funcionários e aposentados do Estado). Constituída por nove especialistas, a comissão tem até 30 de Junho para apresentar uma proposta que tenha em conta o programa do Governo e as recomendações do Tribunal de Contas.

A comissão será presidida por Pedro Pita Barros, professor de Economia na Universidade Nova de Lisboa. Além deste especialista na área da Saúde, a comissão é constituída por Eduardo Paz Ferreira, professor de Direito na Universidade de Lisboa; Alexandre Vieira Abrantes, professor na Escola Nacional de Saúde Pública; Fernando Ribeiro Mendes, professor no Instituto Superior de Economia e Gestão e especialista em Segurança Social; José Aranda da Silva, consultor na área da saúde e do medicamento; Margarida Corrêa de Aguiar, especialista em Segurança Social; Rui Miranda Julião, director clínico dos serviços sociais da Câmara de Lisboa; Carlos Liberato Baptista, director-geral da ADSE; e Maria Eugénia de Almeida Pires, especialista em economia financeira e adjunta do secretário de Estado da Saúde.”

Fonte: Público, 1 de março

Médicos dos cuidados primários vão ser remunerados pelo desempenho

“O governo vai remunerar todos os médicos dos Cuidados de Saúde Primários, como os centros de saúde, em função do desempenho, à semelhança do que já acontece com as Unidades de Saúde Familiar. Na prática, vão poder ganhar mais. Está ainda em cima da mesa uma alteração na ponderação das listas de utentes, isto é no número de doentes crónicos, grávidas ou crianças que cada médico deve ter a cargo.

O ministro da tutela, Adalberto Campos Fernandes, diz que o foco do Serviço Nacionais de Saúde devem ser os cuidados primários e que é preciso acabar com a “maldição” de Portugal ser dos países da Europa e da OCDE com mais idas às urgências.”

Fonte: Expresso, 24 de fevereiro

As USF como Modelo de Organizações Democráticas

João Rodrigues

Médico de Família, Assistente Graduado Sénior, USF Serra da Lousã e Presidente da USF-AN

Autor

Mesmo no século XXI, 23 anos após a queda do Muro de Berlim, a expressão «democracia organizacional» gera algum desconforto junto dos gestores e dos políticos, apesar de ser o modelo mais eficaz de gestão das organizações (1).

As explicações do desconforto são variadas, mas – se calhar, por inconscientemente estar associado ao tipo de funcionamento das organizações da ex-União Soviética, considerando o ainda modelo dominante, burocrático-administrativo, de comando-e-controlo do Serviço Nacional de Saúde (SNS), apontado como inadequado e disfuncional – a resistência é enorme quanto ao apoio deste tipo de organizações.

Nesse sentido, temos assistido na última década, no âmbito do SNS – excepto no desenvolvimento das unidades de saúde familiar (USF): 449 instaladas desde Setembro de 2006 até agora –, ao tufão do «gestionarismo» e da empresarialização, inicialmente SA (modelo de sociedade anónima) e ultimamente EPE (entidade pública empresarial).

Veja-se o que se passou com o último Governo. Apesar da recomendação da *Troika* (2) em fomentar mais USF, 2012 a 2015 foram os anos em que menos USF iniciaram actividade. Apenas 92, o que corresponde só a 20% das actuais 449!

Refira-se que são numerosos os apelos de vários estudiosos do conhecimento organizacional para a necessidade de as organizações do trabalho estarem

atentas à participação democrática, à qualidade de vida e ao envolvimento dos seus profissionais.

Muitas vozes conhecedoras da matéria, pelo menos desde 2003, sugerem a necessidade de democratizar as organizações (3), dando-lhes autonomia funcional, levando à existência de objectivos comuns e geradores de empenhamento dos colaboradores.

Nestas novas formas de organização, são cultivados os princípios que permitem aos profissionais exercer as suas competências de forma adequada, verificando-se quatro grandes premissas (4), à semelhança do que acontece nas USF:

1. Liberdade com responsabilidade – Numa organização multiprofissional (USF), os sistemas de verificação apertados (a exemplo do controlo biométrico da assiduidade) não são apenas desnecessários como são, mesmo, contraproducentes. Em sua substituição, recorre-se à responsabilidade individual, à transparência colectiva, à orientação por objectivos e à contratualização pública de metas que alimentam o sistema de incentivos mistos dos profissionais (5). O que é permitido não tem de ser previamente autorizado, pois presume-se autorizado.

2. Estruturas mínimas – Um único conselho geral (no qual todos os profissionais tenham assento e direito a um voto), um órgão técnico (se assim o desejarem) e um coordenador eleito por maioria de dois terços, com o dever de ser líder. Liderar é

ter capacidade para libertar a energia dos profissionais, para inovar soluções aproveitando a inteligência colectiva, para dirigir e pilotar, com «empoderamento» (*empowerment*) (6). Para partilhar a responsabilidade e ainda ser capaz de ligar o alarme (ou seja, que saiba ler os sinais de «aviso à navegação»), além de renovar e de formar, através da democracia organizacional.

3. Regras simples – Missão e valores partilhados, como confiança, alegria, franqueza, justiça, trabalho de equipa, inovação, orientação para o resultado, abertura à mudança e resiliência, inseridos no reglamento interno da USF.

4. Discriminação positiva e contratualização, a outra lógica TMQ (Time, Quality e Money) – Onde *Time* é definir prazos e metas (plano de actividades anual e contratualização), *Quality* é especificar objectivos com critérios de qualidade (contratualização) e *Money*, definição de um sistema retributivo misto, no qual se insere um sistema colectivo de incentivos (institucionais e financeiros).

Como se pode ver, as USF como «novas» organizações democráticas são plataformas (7) nas quais os profissionais utilizam e expandem as suas capacidades, baseadas em **sete princípios**:

1. Entre a organização USF e os seus profissionais estabelece-se uma relação adulto-adulto, tendo por base o voluntariado, profissionalismo, trabalho de equipa, resultando num processo de candidatura colectivo.

2. Os profissionais são tidos como investidores de capital humano no contexto organizacional, em que cada um tem o mesmo «peso» no conselho geral da USF. Um profissional um voto. Ninguém tem voto de qualidade!

3. Os profissionais podem desenvolver-se e expressar capacidades diversas, além das tarefas das suas próprias profissões.

4. Os profissionais têm direitos e obrigações para consigo mesmos e perante os outros. A liberdade de uns não é conseguida à custa dos direitos dos outros.

5. Existe um propósito partilhado: os profissionais coordenam o seu trabalho não porque os sistemas de verificação e fiscalização sejam rígidos e apertados, mas porque

estão unidos pela mesma missão e valores, além de participarem na formalização da carta de compromisso anual.

6. Prestação de contas colectivas, tanto à Administração como aos utentes – resultados que interferem na obtenção, ou não, de incentivos e de eficiência.

7. Os profissionais deixaram de ter emprego para passarem a ter empregabilidade.

Em síntese, a *marca USF* identifica-se, na sua génese organizacional, como uma organização democrática e positiva, distinguida pelo envolvimento dos seus profissionais na tomada de decisões, acelerando, assim, a capacidade de resposta a problemas, desafios e oportunidades, tornando-se uma marca

altamente competitiva e eficiente do SNS. É pena que, no SNS, não exista mais espaço para organizações simples e democráticas que facilitem a actuação de pessoas complexas!...

Escrito ao abrigo do anterior acordo ortográfico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *European Commission* (2001); Birch (2003); Rego e Pina e Cunha (2005).
2. www.portugal.gov.pt/.../mou_pt_20110517.pdf
3. Manville e Ober (2003) e Gratton (2004).
4. Rego e Pina e Cunha (2009).
5. DL n.º298/2007 de 22 de agosto, capítulos VII e VIII.
6. NE: Descentralização de poderes.
7. Platterson (2001).

Sites



International Hospital Federation

<https://www.ihf-fih.org/>

The International Hospital Federation (IHF) is an international not for profit, non-governmental membership organization.

Our members are worldwide hospitals and healthcare organizations having a distinct relationship with the provision of healthcare. We provide them with a platform for the exchange of knowledge and strategic experience as well as opportunities for international collaborations with different actors in the health sector.



European Hospital and Healthcare Federation

<http://www.hope.be/>

The European Hospital and Healthcare Federation is a non-governmental European association, which was created in 1966 and is since 1995 an international not-for-profit association. Its acronym is HOPE (Hospitals for EurOPE).

HOPE may develop on its own or as a partner with others all kinds of activities which may contribute to the realisation of its aims, such as launching projects, establishing technical working parties, setting up educational, twinning, health assistance and retraining programmes, issuing publications and organizing workshops and congresses.

Governança Clínica em Cuidados Continuados Integrados

Pedro Alexandre António Ferreira

Autor

Licenciado em Enfermagem e em Ciências da Educação e Diretor Técnico da UCCI Sagrada Família, Santa Casa da Misericórdia da Amadora

RESUMO

O imperativo de garantir qualidade, segurança e efetividade nos cuidados prestados à população, pelas suas diversas organizações de saúde, conduziu à emergência do conceito de Governança Clínica no final da década de 90 do século passado, inspirado no modelo da *Corporate Governance*. Em Portugal, este modelo começa a ter expressão nos diversos relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) da primeira década deste século, integrando-se definitivamente no Modelo de Governança em Saúde proposto pela DGS. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através das diversas orientações técnicas emanadas da sua Unidade de Missão, propõe uma metodologia que integra muitas das premissas que compõem este modelo. A multiplicidade de contextos organizacionais que asseguram a prestação de cuidados continuados integrados às comunidades, torna a coordenação desta REDE um processo complexo e a gestão das equipas, *in loco*, um desafio.

Propomos, nesta conjuntura, um modelo concreto de Governança Clínica para os Cuidados Continuados Integrados que resultará, naturalmente, numa discussão no seio das equipas e dos prestadores que compõe a RNCCI. A atual consciencialização pública da necessidade de cuidados seguros, efetivos e com qualidade conduz, inevitavelmente, ao reforço do nível de exigência que recai sobre as organizações de saúde, em geral, e sobre as equipas e os prestadores da REDE, em particular. É no encaixe deste paradigma que se fundamenta o objetivo das propostas deste artigo.

A NECESSIDADE DE GOVERNAÇÃO CLÍNICA

O conceito de Governança Clínica, inspirado no modelo de *Corporate Governance* (aplicado na gestão empresarial), foi usado pela primeira vez no *National Health Service* (NHS), do Reino Unido, no Livro Branco da Saúde *The New NHS, Modern, Dependable*, publicado pelo *Department of Health*, em dezembro de 1997. Com a denominação de *Clinical Governance*, este modelo surge num contexto de desconfiança pública para com o NHS, na sequência da exposição pública de graves problemas identificados na sua estrutura assistencial, pretendendo criar, a partir da sua aplicação, um sistema que garantisse qualidade nos seus processos, assente na responsabilização das organizações de saúde.

A ocorrência de um conjunto de más práticas em diversos sistemas de saúde, expostos publicamente por vários relatórios governamentais, publicados nos finais da década de 90 e início deste século, mostraram as fragilidades destes sistemas, deixando patente a necessidade da implementação de medidas reformistas nas suas organizações de saúde. Em 1995, Wilson *et al.* publicaram um artigo denominado *The Quality in Australian Health Case Study*, na revista *The Medical Journal of Australia*, no qual apresentaram um estudo realizado em 28 hospitais australianos dos Estados da Nova Gales do Sul e da Austrália Meridional, envolvendo a análise de registos de mais de 14000 internamentos, constatando que em cerca de 16,6% desta amostra houvera a ocorrência de eventos adversos, dos quais resultaram algum grau de deficiência ou morte, ou prolongamento do tempo de internamento (Wilson *et al.*, 1995).

No ano de 2000, nos EUA, o relatório *To Err is Human*, publicado pelo Institute of Medicine, baseado num estudo realizado nos Estados do Colorado e do Utah e noutra no Estado de Nova Iorque, demonstrou que em 2,9% e em 3,7% dos internamentos, respetivamente, houve a ocorrência de eventos adversos, por erros clínicos passíveis de serem prevenidos. Os resultados obtidos por este estudo se extrapolados para o universo dos internamentos ocorridos durante o ano de 1997, permitiu os autores concluir que entre 44 000 a 98 000 pessoas poderiam ter morrido nos hospitais americanos, por erros clínicos (IOM, 2000, p. 1). Em 1998, no Reino Unido, é instaurado um inquérito aos cuidados prestados a crianças submetidas a cirurgia cardíaca complexa no Bristol Royal Infirmary, durante os anos de 1984 a 1995, na sequência da ocorrência de diversas mortes, do qual resultou um relatório e recomendações. Estes relatórios expuseram graves fragilidades dos sistemas de saúde destes países, com consequências importantes na imagem e no grau de confiança neles depositados pelas suas populações. Perante estes factos, era urgente tomar medidas no sentido de inverter o modelo de gestão de cuidados vigente nestas organizações de saúde, de forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados nelas prestados.

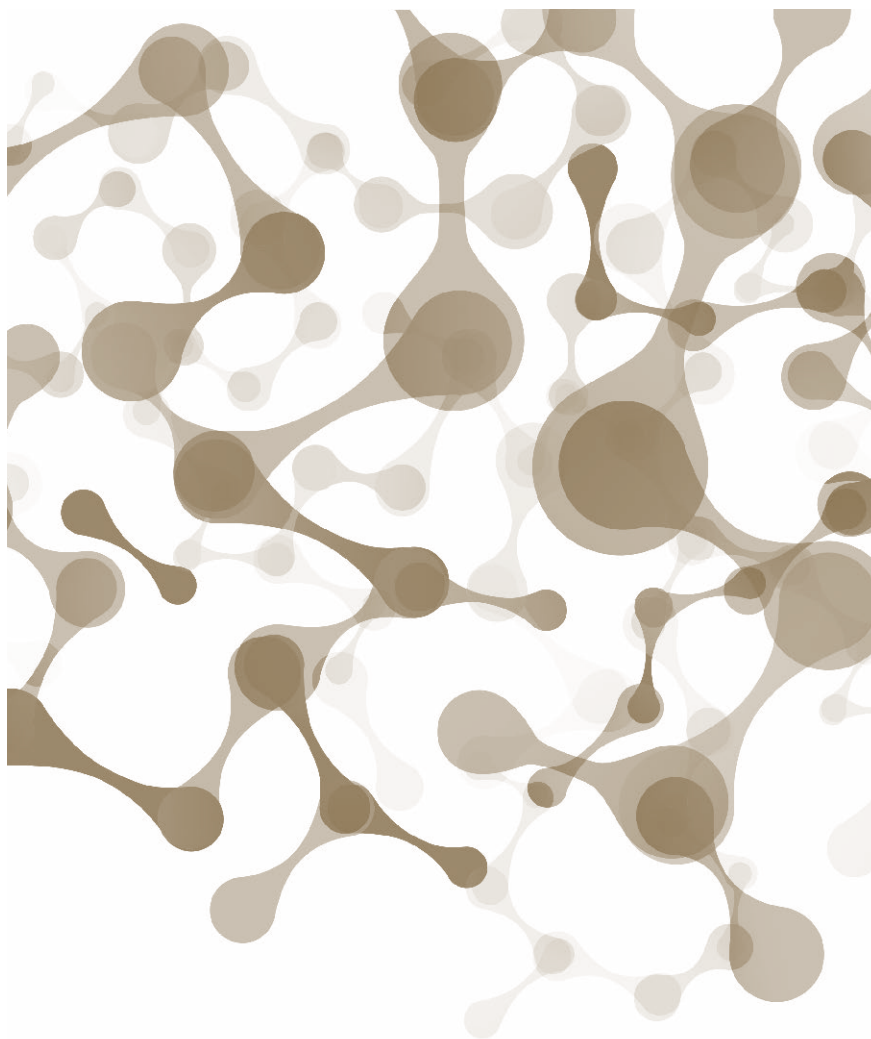
A emergência e a consolidação do modelo de governança clínica no NHS vieram ao encontro da necessidade de introduzir fortes mudanças nos modelos de governança, aproximando-os aos que já se aplicavam na prática empresarial. À semelhança do modelo da *Corporate Governance*, no qual se exige transparência, responsabilidade e eficiência

na gestão das empresas, a governação clínica é definida por Scally et al. (1998) como “o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados, através da criação de um ambiente no qual a excelência nos cuidados florescerá” (p. 62). Segundo Starey (2001), este processo é composto por seis elementos que o estruturam: a formação, a auditoria clínica, a efetividade clínica, a investigação e o desenvolvimento, a abertura e a gestão de risco. Estes elementos, embora já pré-existent, trouxeram inovação na forma como foram coordenados e interligados num conceito mais abrangente e coerente (Thiel, 2003, p. 46), permitindo a introdução de mudanças nas organizações de saúde, nomeadamente na sua cultura organizacional (Davies et al., 2000), no sentido de garantir a qualidade e a segurança nos cuidados. Esta mudança estrutural e paradigmática permitiu às organizações de saúde introduzir alterações no seu *modus operandi*, integrando a perspetiva do erro como uma oportunidade de melhoria e como fonte de aprendizagem.

O *Institute of Medicine*, em 2001, na peça do relatório *To Err is Human*, publica outro documento, *Crossing The Quality Chasm: a new health system for the 21st century*, no qual identifica seis objetivos para a melhoria do sistema de saúde: a segurança, a efetividade, a centralidade dos cuidados nas necessidades, nas preferências e nos valores do doente, a rapidez na resposta, a eficiência e a equidade. Os autores deste relatório consideram que sempre que um sistema de saúde atinja ganhos importantes nestas seis dimensões irá mais longe na satisfação das necessidades dos seus doentes, vindo estes a receber cuidados mais seguros, mais confiáveis, mais responsáveis, mais integrados e mais rastreáveis (*Institute of Medicine*, 2001, p.6). A mudança paradigmática estava em curso, não só nos países que onde o diagnóstico fora tornado público, mas também noutros países, como em Portugal.

A GOVERNAÇÃO CLÍNICA NO SNS

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem vindo paulatinamente, nos últimos 10 anos, a introduzir e a implementar este modelo nos processos de Governação em Saúde



das suas organizações, incorporando, nas suas práticas de gestão de cuidados, muitos dos elementos que a caracterizam. A teorização sobre este modelo e sobre a sua aplicação nos diversos níveis de cuidados tem crescido e está presente em vários relatórios. Todavia, resta saber qual o verdadeiro grau de assimilação e de acomodação deste quadro conceptual nas políticas, nos gestos e nos profissionais de saúde, do SNS. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), no seu Relatório da Primavera de 2006, introduz este modelo de uma forma mais explícita, no âmbito da governação em saúde, tendo os seus relatores considerado que a governação clínica é “um conceito ainda escassamente integrado nas organizações e nas profissões prestadoras e torna-se importante para o desenvolvimento do sistema de saúde português” (OPSS, 2006, p.18). Constata, de igual modo, que os processos de acreditação, submetidos por diversas organizações

de saúde, já concluídos ou em curso, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível dos cuidados hospitalares, são uma oportunidade para a operacionalização da governação clínica no SNS. No Relatório da Primavera de 2007, o OPSS assume como uma realidade a introdução deste modelo no SNS e, neste sentido, considera como positivo a “desconcentração da decisão com aposta na autonomia contratualizada das unidades prestadoras, na gestão por objetivos e na orientação para a governação clínica” (OPSS, 2007, p. 99).

No Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, no seu eixo estratégico Qualidade em Saúde, é contextualizado o papel da governação clínica nas organizações, incorporada numa governação integrada (na qual fazem também parte a governação empresarial, financeira, da informação e da gestão de risco), considerando-se, neste sentido, que “cada instituição de saúde deve

ter uma estrutura de governação clínica, responsável pela monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados, com recursos humanos e financeiros, instalações e estratégia próprios” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012,p.16).

Em 2014, a Direção Geral de Saúde (DGS) divulga um conjunto de Roteiros de Intervenção, classificando-os como estudos de autor solicitados a peritos nacionais, com o objetivo de contribuir com a melhor evidência e conhecimentos para o PNS 2012-2016. Deste conjunto de roteiros resultou o Roteiro de Intervenção para a Governação em Saúde, elaborado pelo Prof. Adalberto Fernandes (2014). Neste documento, a governação em saúde é entendida como tendo “*um papel decisivo na organização dos serviços e das unidades prestadoras de cuidados, contribuindo para uma maior responsabilização e comunicação entre os diferentes níveis de gestão, os cidadãos e os profissionais de saúde, através do desenvolvimento de sistemas de informação e de decisão rigorosos e transparentes*” (Fernandes, 2014, p. 4), contribuindo, deste modo, para a melhoria da qualidade clínica, da gestão do risco, da segurança dos doentes e para uma gestão mais eficiente. A governação clínica, por sua vez, é enquadrada como uma das vertentes de intervenção da Governação em Saúde proposta para o SNS, considerando que esta visa “*o desenvolvimento dos componentes necessários à prestação de cuidados de qualidade através de um menor enfoque na “culpa” e de uma maior atenção às questões da liderança, da criação de uma “cultura de segurança clínica” e incentivando alianças e parcerias com os cidadãos*”, citando Halligan e Donaldson (2011) (*Ibid*, p. 8).

A emergência de uma cultura menos punitiva e menos preocupada com os comportamentos individuais e mais interessada em valorizar no erro a sua componente pedagógica, beneficiou, igualmente, das mudanças ocorridas no NHS, no início deste século. O relatório *Organisation with a Memory*, publicado no ano 2000, pelo *Department of Health* Britânico, no qual um grupo de peritos analisou o processo de aprendizagem das organizações do NHS a partir da análise dos eventos adversos ocorridos, concluiu que existia no NHS uma cultura de culpabilização, da

qual se devia de transitar para uma cultura centrada na identificação dos perigos e que procura propor medidas para os prevenir, na qual a aprendizagem (assumida como ativa) é considerada como a chave da governação clínica. O conceito organizações que aprendem, aqui expresso e implícito, apela a mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde, propondo que o enfoque deva estar dirigido à oportunidade de aprendizagem a partir do erro (e não num modelo eminentemente punitivo), incorporando novas práticas a partir da sua análise, numa lógica de melhoria contínua. Para esta alteração paradigmática muito contribuíram os estilos de liderança focados na satisfação das necessidades dos doentes, da efetividade, da qualidade e da segurança dos cuidados, num clima de responsabilidade.

A GOVERNAÇÃO CLÍNICA NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

O modelo de governação dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) deve ter implícito, nos seus processos, os conceitos associados à governação clínica, uma vez que, como foi exposto anteriormente, estes permitem garantir um conjunto de premissas de qualidade, de efetividade e de segurança nos cuidados e nos serviços prestados pelas unidades e pelas equipas da RNCCI, sendo estes estratégicos para a prossecução da sua missão.

Ao nível da legislação, a tutela balizou as dimensões que permitem garantir estas premissas, definindo quais os critérios a aplicar. No Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de junho, no seu artº 38.º, é assegurada a implementação de modelos de promoção e gestão de qualidade e de avaliação interna e externa nas unidades prestadoras e equipas da REDE, transparecendo quais os pressupostos da tutela. Neste sentido, as Equipas de Coordenação Regional (ECR) assumem o papel de promover as “condições para assegurar padrões de qualidade no funcionamento e cuidados prestados pelas equipas e unidades da Rede”, de acordo com o que está definido num despacho conjunto da tutela, de 19 de setembro, (despacho nº 19040/2006), no ponto referente às competências desta equipa. A portaria conjunta

dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Portaria n.º 1087-A/2007), de 5 de setembro de 2007, ao definir as condições de instalação e de funcionamento das unidades de internamento, estabeleceu um conjunto de requisitos organizacionais, funcionais e humanos que deveriam estar garantidos pelas entidades prestadoras. Nestes, destacamos a competência atribuída às direções técnicas das entidades prestadoras, para a necessidade de promoverem a melhoria contínua dos cuidados e dos serviços prestados, a necessidade de uma equipa multidisciplinar e de dotações adequadas, de modo a assegurar a qualidade na prestação de cuidados, e o imperativo de um processo de monitorização contínuo, assente em avaliações periódicas ao funcionamento, aos processos, aos resultados obtidos e à articulação estabelecida com os demais recursos de saúde, e de auditorias técnicas e financeiras realizadas pelos serviços competentes da tutela.

A Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), no decurso das suas diversas publicações, foi explicitando aos diversos interlocutores da REDE, o modelo pretendido e quais os pontos-chave que lhes deveriam estar subjacentes. O documento publicado em 2009, denominado Política e Estratégia de Qualidade, sem fazer referência direta à governação clínica, introduz alguns dos seus conceitos, como a centralidade no doente, a equidade no acesso, o imperativo da qualidade nas políticas, nos processos e nos cuidados, a monitorização e a avaliação dos processos e dos resultados e o envolvimento dos doentes e das famílias no processo terapêutico, numa lógica de responsabilização. No mesmo ano, foi publicado o Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pela UMCCI, no qual estabeleceu que a estratégia de qualidade da REDE deveria passar por (1) definir e introduzir um conjunto de *standards* mínimos para as entidades prestadoras, por (2) promover um programa de auditorias externas que monitorize a organização, o cumprimento dos *standards* mínimos definidos e os processos individuais dos utentes, por (3) acompanhar a implementação das medidas corretivas e, por fim, por (4) monitorizar continuamente os indicadores

gerados pelos registos obrigatórios (UMCCI, 2009b, p. 19-20). Coloca a tónica na melhoria contínua, para a qual “*assumem particular importância as visitas de acompanhamento trimestrais realizadas pelas ECL, apoiadas numa Grelha de Acompanhamento, e que avaliam o cumprimento dos acordos e a utilização adequada dos recursos das unidades*” (UMCCI, 2009b, p. 20). Em 2012, são revistos e publicados os *standards* para os Cuidados Continuados Integrados para as entidades prestadoras, revendo os já elaborados em 2010. O Manual do Prestador, publicado em 2011 pela UMCCI, tendo como subtítulo *Recomendações para a Melhoria Contínua*, no nosso entender, tem como finalidade a divulgação e a sistematização da informação dispersa sobre a RNCCI, clarificando a sua estrutura organizacional, competências e articulações, o processo de referenciação e os circuitos dos seus utentes na REDE, expressas nas diversas diretivas técnicas, circulares informativas, notas informativas e ofícios, e divulgando um conjunto de recomendações para as boas práticas, não mencionando explicitamente qual o modelo de governação, embora implicitamente a governação clínica esteja plasmada no seu conteúdo.

A DGS, aquando a elaboração PNS 2012-2016, solicitou a vários peritos nacionais, análises especializadas sobre diversos temas relacionados com o campo de intervenção do SNS, do qual resultou o relatório *Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro*, coordenado pelo Prof. Manuel Lopes e publicado em 2010. Este documento identifica e enumera as diversas ações desenvolvidas pela UMCCI que visaram a promoção da qualidade e da governação clínica, no qual destacamos a definição de *standards* mínimos para as entidades prestadoras, a implementação de auditorias externas, consubstanciadas nas visitas de acompanhamento trimestrais das ECL aos prestadores, e a monitorização contínua dos indicadores resultantes dos registos obrigatórios, como já fizemos alusão anteriormente. Da análise crítica realizada à RNCCI, este relatório considera que “*um dos pontos críticos inerentes ao trabalho desenvolvido pela UMCCI centra-se na enorme lacuna da investigação*” (Lopes, 2010, p. 42), tendo como ponto de partida as diversas

dimensões que compõem a qualidade em saúde e a governação clínica (formação contínua, introdução e manutenção de bons sistemas de gestão, promoção da efetividade clínica, auditoria clínica, gestão do risco, investigação e desenvolvimento e fortalecimento de uma mentalidade de abertura e de responsabilização) (*Ibid*). Neste sentido, e juntamente a este documento, foi proposta a Agenda de Investigação em Cuidados Continuados Integrados, pelo Prof. Manuel Lopes e pela Prof.^a Felismina Mendes, publicado em 2010. Este documento introduz um conjunto de propostas para áreas de investigação no âmbito dos CCI, que passamos a enumerar: (1) a estrutura organizacional, a intersectoralidade, a distribuição geográfica e o interface com os outros cuidados de saúde, (2) a acessibilidade e as desigualdades em saúde, (3) a qualidade e a governação clínica, (4) os ganhos em saúde (indicadores), (5) a sustentabilidade e (6) a formação. Neste conjunto de propostas encontramos a governação clínica, introduzindo-a, deste modo, no *core* de áreas de investigação a desenvolver nos CCI.

As entidades prestadoras da RNCCI possuem, assim, uma corresponsabilidade na operacionalização destas metas. O papel ativo que possuem na gestão dos cuidados prestados aos utentes da RNCCI, cuja atividade está totalmente orientada para a prossecução da missão da REDE, determina que os conceitos da governação clínica sejam integrados no seu planeamento, na sua organização e nas suas práticas. Neste sentido, propomos que as entidades prestadoras deverão orientar o seu modelo de governação clínica no sentido de:

1. Garantir a efetividade dos cuidados, através da identificação e da monitorização de um conjunto de indicadores, que permitam avaliar o desempenho e os resultados obtidos pelas equipas, em termos de ganhos em saúde, passíveis de ser submetidos a *benchmarking*;
2. Garantir a qualidade dos cuidados através da orientação da sua atividade assistencial para o cumprimento de recomendações de boas práticas, assentes na prática baseada na evidência, cumprindo *standards*;
3. Garantir a segurança dos cuidados, assegurando uma gestão do risco eficaz

da intervenção clínica das equipas, prevenindo eventos adversos, através da identificação e avaliação das fontes de risco, de auditorias internas à organização e às práticas e da implementação de medidas corretivas;

4. Centralizar a intervenção nas necessidades dos seus clientes externos, através da elaboração de Planos de Intervenção Individual personalizados e individualizados, assim como, através da orientação da intervenção das equipas para a humanização dos cuidados;
5. Promover um estilo de liderança que garanta uma visão estratégica orientada para a concretização dos objetivos da Rede e um modelo de governação capaz de:
 - 5.1. Fazer cumprir a missão da RNCCI;
 - 5.2. Promover a interdisciplinaridade e a comunicação eficaz na equipa multidisciplinar;
 - 5.3. Assegurar uma articulação eficaz e

eficiente com os diversos intervenientes da RNCCI e que potencie os recursos disponíveis na comunidade, assegurando a continuidade de cuidados;

- 5.4. Promover uma cultura organizacional assente na responsabilidade, na qualidade e na segurança, criando um ambiente favorável à explicitação do erro, não assente na punição, mas na responsabilização individual e grupal;
- 5.5. Promover a aprendizagem através da reflexão sobre as práticas, de processos de formação dirigidos a necessidades de formação diagnosticadas e da problematização e da procura de novas soluções e da inovação.

Todavia, a governação clínica não se esgota no âmbito de intervenção das entidades prestadoras da REDE, cabendo à sua estrutura de coordenação (nacional, regional e local) a construção

e a operacionalização de políticas de governação clínica, vocacionadas e orientadas para a especificidade da RNCCI e para a criação das condições necessárias aos prestadores para a prossecução das suas recomendações.

Como ficou patente, a governação clínica é um pilar fundamental da RNCCI, uma vez que é através da concretização dos seus diversos elementos constitutivos que é assegurada a concretização da sua missão. Tanto as entidades prestadoras da REDE, como as suas equipas de coordenação, possuem responsabilidades na sua operacionalização, garantindo à população que os cuidados nela prestados vão ao encontro das suas necessidades e expectativas, assegurando ganhos em saúde, que melhorem a sua funcionalidade e a sua autonomia, a sua qualidade de vida e conforto, numa população, tendencialmente, mais envelhecida, mais dependente e com recursos financeiros muito limitados.

BILIOGRAFIA

BUGADA, H. - *Os pilares fundamentais da Clinical Governance*. Póvoa de Varzim: Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, 0:1 (2006) 30-35

DAVIES, H. et al. - Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*. 9: 2 (2000) 111-119

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I Série-A.109 (2006-06-06) 3856-3865

DEPARTMENT OF HEALTH - *The New NHS.Modern. Dependable*. London: Department of Health, 1997

DEPARTMENT OF HEALTH - *Organisation with a Memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: Department of Health, 2000

DEPARTMENT OF HEALTH - *Learning from Bristol: the Department of Health's response to the Report of the Public Inquiry into children's at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995*. London: Department of Health, 2002

DESPACHO nº 19040/2006.D.R. II Série.181 (2006-09-19) 19247-19248

ESCOVAL, A. (Coord.) et al. - *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em cuidados continuados integrados*. Lisboa: DGS, 2014

FERNANDES, A. - *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde*. Lisboa: DGS, 2014

INSTITUTE OF MEDICINE - *To Err is Human: Building a safer health system*. Washington: National Academy Press, 2000

INSTITUTE OF MEDICINE - *Crossing the quality chasm:*

a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001

LOPES, M. (Coord.) et al. - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados continuados integrados em Portugal: analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora: [s.n] , 2010, [Consult. 30 Abril 2015] Disponível em WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSCI.pdf>

LOPES, M. e MENDES, F. - *Agenda de Investigação em Cuidados Continuados Integrados*. [S.l], [s.n] [2010?] [Consult. 30 Abril 2015] Disponível em WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC-Ag.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 3.3. Eixo estratégico - Qualidade em saúde*. Lisboa: DGS, 2012

NICHOLLS, S. - *Clinical governance: its origins and its foundations*. *Clinical Performance and Quality Health Care*. 8: 3 (2000) 172-178

OPSS - *Relatório da Primavera 2006. Um ano de governação em saúde: sentidos e significados*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2006

OPSS - *Relatório da Primavera 2007. Luzes e sombras: a governação da saúde*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2007

PORTARIA nº 1087-A/2007. D.R. I Série.171 (2007-09-05) 6320-(2) - 6320-(5)

SCALLY, G. e DONALDSON, L. - *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. *British Medical Journal*, 317: 4 (1998) 61-65

STAREY, N. - *What is clinical governance? Evidence-based Medicine*. London: Hayward Medical Communications 1: 12 (2001) 1-8 [Consult. 30 Maio 2015] Disponível em WWW: <URL: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisClinGov.pdf>>.

THIEL, H. - *Clinical governance, clinical risk management and chiropractic profession*. *ClinicalChiropractic* 6: 2 (2003) 43-48

UMCCI - *Política e Estratégia de Qualidade*. Lisboa: UMCCI, 2009a, [Consult. 30 Abril 2015] Disponível em WWW: <URL:<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Pol%C3%ADtica%20e%20Estrat%C3%A9gia%20da%20Qualidade%20-%20Mar%C3%A7o%202009.pdf>

UMCCI - *Guia da RNCCI*. Lisboa: UMCCI, 2009b, [Consult. 30 Abril 2015] Disponível em WWW: <URL: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>

UMCCI - *Manual do Prestador: recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa: UMCCI, 2011, [Consult. 30 Abril 2015] Disponível em WWW: <URL: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Manual%20do%20Prestador%20RNCCI\(20-03-2015\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Manual%20do%20Prestador%20RNCCI(20-03-2015).pdf)

UMCCI - *Standards Unidades Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: UMCCI, 2012, [Consult. 30 Abril 2015] Disponível em WWW: <URL: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Standards%20UCCI.pdf>

WILSON, R. [et al.] - *The Quality in Australian Health Case Study*. *The Medical Journal of Australia*. 163: 6 (1995) 458-471

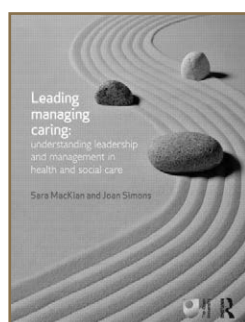


Logística na Saúde

Autores: Tânia Ramos, José Crespo de Carvalho

Edição/reimpressão: 2013

Sinopse: Da sua leitura, sobressai, no essencial, a ideia de que na logística hospitalar, desde o Aproveitamento ao serviço ao cliente, devemos adotar metodologias e procedimentos racionais, baseados na informação, no conhecimento e na aplicação de técnicas já conhecidas provenientes da indústria. Reforça-se, assim, a ideia de que um Hospital é uma empresa, em muitos domínios idêntica a outro tipo de empresas e em que as dimensões da efetividade e da eficiência são também fundamentais.



Leading, Managing, Caring: Understanding Leadership and Management in Health and Social Care

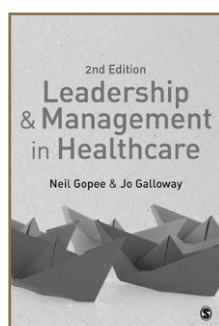
Autores: Sara MacKian, Joan Simons

Edição/reimpressão: 2013

Sinopse: Effective leadership and management in health and social care are built on good practice, strong relationships and a critical understanding of the wider context in which care takes place. Leading, Managing, Caring illustrates how leadership and management work in everyday settings, providing invaluable support to those practising or studying in the area. The book introduces the four core building blocks of the caring manager or leader: personal awareness, team awareness, goal awareness and contextual awareness. Together these form a firm foundation for understanding and practice.

Drawing on up-to-date case studies, the authors explore how critical theoretical understanding can support practical attempts to work through complex situations with a diverse range of people. Also included is a toolkit containing carefully selected and practical tools for leading and managing change.

This comprehensive textbook is suitable for existing and aspiring managers and leaders in a range of health and social care professions, or anyone interested in understanding more about the complex landscape in which care services are managed and delivered in the UK.



Leadership and Management in Healthcare

Autores: Neil Gopee, Jo Galloway

Edição/reimpressão: 2013

Sinopse: Leadership and management are essential skills for all qualified care professionals, regardless of the position that they hold. This best-selling text book has been designed to support you on your journey from an emerging registered care professional through to becoming a care manager. It includes strong emphasis on how management theory applies to care that you will actually deliver in the clinical setting, and supports you to develop your skills through action points, case studies and good practice guidelines.

Tópicos de Gestão da Saúde em Portugal

Eugénio Viassa Monteiro

Professor da AESE-Business School, Dirigente da AAPI-Associação de Amizade Portugal-Índia

Autor

Solicitaram-me um artigo de opinião sobre questões relevantes para a gestão da saúde entre nós. Não sou *expert*, embora por vezes me tenho debruçado sobre um ou outro aspecto e, por isso, pensei aceitar o desafio, pensando que algumas ideias pudessem ser pontos de reflexão úteis. É um texto despretencioso, com base nas minhas observações e comparações com o passado e com algum outro país.

Acompanho criticamente o evoluir de aspectos como a qualidade da assistência – não, obviamente do estrito acto médico –, do ambiente geral em que os serviços de saúde são prestados e o foco da atenção, que deve ser o doente, para recuperar depressa a saúde.

Falando da saúde em geral, desnecessário assinalar, como não podia ser de outra maneira, que quase todos os indicadores têm vindo a evoluir de forma muito positiva, tanto nos aspectos de prevenção, dos cuidados pré e pós-natal, das vacinações, no acesso aos serviços de saúde, etc., tudo isso com influência directa na melhoria da qualidade e esperança de vida.

O SNS é uma invenção do maior interesse, porque tranquilizadora, nas circunstâncias mais críticas, e muitas vezes porque não tinha havido possibilidades de fazer poupanças ou de fazer seguros de saúde para abordar enfermidades complicadas e longas.

O sistema privado de saúde é um complemento de saúde, porque induz a comparações e é uma alternativa para os doentes com poder de escolha; é também uma saída profissional ou um

complemento para profissionais da saúde, médicos e paramédicos. Ao longo do texto, quando nada disser em contrário, referir-me-ei aos Hospitais do SNS.

Há algumas acções, umas mais abrangentes, que merecem ser referidas, como causas promotoras da melhoria continuada da atenção à saúde. A evolução geral da mentalidade, de um cariz mais individualista para mais colaborativo, sem alijar responsabilidades, facilitou as mudanças para melhor. Eis alguns aspectos que para mim são de importância:

- A *selectividade* no acesso aos cursos de Medicina, pareceu-me ser positiva. Sem consultar nenhum trabalho de rigor, fico-me a percepção de que ela elevou o nível de envolvimento e estudo do médico. Ao ser difícil a entrada, os hábitos de trabalho prévio que possibilitaram a selecção, ficaram enraizados na pessoa, melhoraram a exigência no saber, e deram o tom no exercício profissional. Não é que não existissem antes, mas agora têm obrigação de ser mais generalizados. E isso tem vantagens, elevando o grau de exigência do conhecimento da situação concreta. Como sempre venho ouvindo falar da falta de médicos, a ponto de se importar de Cuba e Espanha, não deixo de pensar que poderia ter sido melhor ampliar o número de admissões nas Faculdades, considerando as condições de cada uma, aproveitando o caudal de boas classificações dos candidatos e o seu grande interesse: muitos procuraram outros países, de línguas diferentes e com mais gastos e sacrifícios pessoais; se fosse como sugiro, teríamos ao longo dos últimos anos um melhor equilíbrio



de médicos para as necessidades do país.

- O *funcionamento* dos Hospitais deu passos muito positivos que qualquer 'leigo' nota. Falo do que um cidadão pode inferir, sem se intrometer na qualidade da acção médica; para isso há a certificação da qualidade por entidades idóneas, que alguns dos hospitais já têm. Em duas ocasiões, em diferentes Hospitais, verifiquei algo em comum: boa adaptação das instalações; estas cuidadas, sendo agora mais confortáveis, com quartos com duas camas – longe das enfermarias

para seis ou mais camas – , e com a aparelhagem toda a funcionar. Não era assim? A evolução é notória. Se nas urgências o atendimento é atempado, nas consultas de especialidade e em cirurgias há ainda muito que melhorar em reduzir as esperas, apesar de se ter evoluído positivamente.

Noutros tempos poderia dar-se o caso de o doente ficar 'esquecido' na maca de um corredor, se nenhum médico tomasse responsabilidade; julgo que este perigo, hoje, está atenuado, dada a capacidade de reclamar dos familiares e o papel dos meios de comunicação, a posteriori, se algo tiver corrido mal. Uma pessoa pobre ou rica, famosa ou desconhecida parece ter a mesma probabilidade de ser bem atendida nos serviços públicos.

É digno de apreço o *contacto humano*: sempre, disponibilidade de todos para ouvir e corresponder; com explicações necessárias, sem que haja descrições herméticas ou termos 'esotéricos'. Mas uma versão conveniente, que tranquiliza o doente e os familiares, ao verem a lógica do raciocínio e os passos a dar. E sempre, da parte de todos – médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar –, boa disposição, para tornar o tempo de internamento o mais leve possível.

Há um *mas*: talvez falte uma preocupação séria e assumida por todos os médicos, de fazer o diagnóstico com a maior rapidez possível, sem perda de rigor. Pensa-se talvez pouco nos incómodos para o doente internado, as suas faltas ao trabalho ou à família? Se calhar não se pensa na ocupação da cama que poderia ser para outro doente. Deveria tentar-se, como norma, fazer os testes e análises de modo 'concorrente'¹, para obter todos os elementos necessários para o diagnóstico, no lapso mínimo de tempo; na sua inconclusividade, uma segunda bateria de testes mais 'profundos', também 'concorrentes', para se ser breve no internamento.

Pergunto-me se a *dedicação* e a qualidade que vêm da experiência e saber acumulados são sustentáveis nas condições actuais de remuneração

praticadas: os profissionais, médicos e paramédicos, como qualquer outro profissional, necessitam de ter tranquilidade nas suas finanças. Se têm de recorrer ao pluriemprego, para adicionar rendimentos, acabam por acumular stress que depois se reflecte no trabalho e no trato com os doentes.

Deveria tentar-se que um médico cirurgião, com dezenas de anos de experiência, levasse para casa bem mais de 1.500€ no final do mês. E um enfermeiro, com longa prática, algo mais que 1.100€. Doutro modo pode ser inevitável a tentação de dividir o tempo ou procurar outro país onde a actividade seja melhor remunerada...

- Os *agrupamentos* de hospitais parecem muito bem para se atender mais pessoas, com atenção mais especializada, porque os médicos podem tratar de mais casos de um mesmo tipo. Isto, muito ao contrário dos pequenos 'feudos' de outros tempos, nos quais o catedrático-director do serviço era o 'senhor absoluto', 'mandando' na aparelhagem de diagnóstico e mesmo nas camas excedentárias da sua enfermaria, para uso pelos outros serviços. Eram situações de 'exercício do poder', alheias ao sentido de serviço. São coisas do passado.
- Parecia, noutros tempos que procurar uma 2.^a opinião era ofensivo, desconfiança para com o médico que fizera o diagnóstico e se determinara por uma certa linha de acção; hoje, não só parece normal, como desejada, para a tranquilidade do doente e familiares e também do médico da 1.^a opinião.
- O desenvolvimento do complexo de *serviços de saúde privados*, é de felicitar, pela possibilidade de escolha que introduz, para quem tem meios. A variedade de oferta é, em si mesma, uma riqueza. Além disso, dá-se uma boa competição que leva todos a compararem-se e a melhorarem em cada aspecto do seu labor. Também para os médicos e paramédicos especializados, são uma possível alternativa, que pode obrigar o SNS a evoluir na medição da produtividade e na melhoria das remunerações.



- A introdução de *remédios genéricos* é uma conquista importante do sistema, fonte de boa redução de despesas. Por vezes, algum *snobismo* sem razões médicas justificativas podia fazer preferir a marca original; ela continua a ser mais cara do que os genéricos propriamente ditos, para resultados quase 'iguais'. Admito que algum elemento secundário adicionado ao princípio activo possa ter efeito positivo nalgum doente concreto, com carência dele. A indústria dos genéricos tem vindo a florescer entre nós,



felizmente; e o erário público economizou quantias avultadas. No futuro imagino que maior variedade deles se virá a consumir, aumentando as poupanças com a saúde.

Porque não se há-de importar ainda mais fármacos genéricos, donde eles são produzidos com qualidade e a melhores preços? Em concreto, por diversos motivos a Índia tem largas dezenas de laboratórios certificados pela *FDA-Food and Drug Administration (dos EUA)*. E a quantidade de produção para uso interno e exportação para os EUA, Europa e muitos países pobres, faz que os custos unitários fiquem muito reduzidos e se possam vender a preços baixíssimos.

Além disso, pobreza herdada da colonização britânica, continuada com o regime intervencionista pós-independência, até ao ano 1991, urgiu à produção de fármacos a custos ultra-baixos, para serem acessíveis a uma população miserável; e com capacidade de 'copiar' facilmente o seu princípio activo, quando importar era proibitivo pelos seus altos preços. Haveria que completar o portfólio de importação com muita mais variedade de remédios, não se deixando impressionar pela frequente propaganda negativa que multinacionais pretendem fazer aos produtos indianos; há os nossos organismos de certificação, dispostos sempre a verificar que o que se importa nesta matéria é indiscutivelmente bom.

- Apesar do *equilíbrio* necessário entre a *remuneração* e a *produtividade*, a pressão na redução dos custos da saúde terá de continuar, actuando sobre cada uma das variáveis onde se possa fazer poupanças. Por exemplo, *negociando* bem a aparelhagem de diagnóstico, os consumíveis e não indo apenas atrás de produtos de marca, só pela marca, quando existem produtos equivalentes, igualmente eficazes. Uma rede de Hospitais indianos só paga os consumíveis, dado ser muito elevado o número de análises diárias; os aparelhos são postos pelo fabricante.

Como curiosidade: um médico especialista visitou uma empresa Indiana, fabricante de produtos para a saúde de alta complexidade; impressionado com a tecnologia, o rigor e a qualidade da produção, tinha decidido substituir o seu fornecedor, por causa da grande diferença de preços. Quando comunicou a sua ideia de mudar, o fornecedor pediu uns dias para apresentar uma nova proposta. Esta vinha com cerca de 1/3 dos preços anteriores! Só para lembrar que é bom ter os olhos abertos ao mundo; e o mundo é muito mais que a Europa... há novos Mundos a emergirem em força, que o colonialismo britânico tinha destruído!

- É de realçar o *bom trabalho*, numa linha de continuidade, dos diferentes Ministros da Saúde: para exigir melhor organização do trabalho, cumprimento dos horários, criação de boas condições para dar os serviços, induzindo à racionalização dos gastos e à melhoria dos serviços, com uma clara focagem no paciente e orientação para a produtividade. É um trabalho inacabado que admite inovações e aperfeiçoamentos constantes. Não sendo assim o 'sistema' pode colapsar.
- Falando da saúde é obrigatório referir o *INEM*. Sempre vi como um serviço da maior utilidade, pois muito se decide nos primeiros momentos do distúrbio do paciente e isso dá tranquilidade a quem está em apuros. Apesar de se ouvir, de vez em quando, algum problema ou demissão, a verdade é que faz um trabalho com qualidade. Tive ocasião de constatar a sua actuação sempre muito profissional, com pessoal treinado, dedicado e com um trato delicado.

Todo o nosso sistema de saúde, nesta longa evolução para melhor, é motivo de agradecimento – a quantos nele colaboram e dão a sua dedicação – e de orgulho.

NOTA

I. No sentido de simultaneidade, quando possível.

Escrito ao abrigo do anterior acordo ortográfico

Cultura de Segurança versus/e/ou Clima de Segurança?: Dois Conceitos Centrais para a Garantia da Segurança em Saúde

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

A cultura de segurança e o clima de segurança são dois termos usados indistintamente na literatura como sinónimos (Yule, 2003; Lee *et al.*, 2010; Halligan & Zecevic, 2011; Health Foundation, 2011; Devriendt *et al.*, 2012), porém como é exposto neste artigo existem diferenças conceituais significativas entre ambos (Bergh, 2011; Weaver *et al.*, 2013).

CULTURA DE SEGURANÇA

O conceito de cultura de segurança tem a sua origem na psicologia social e comportamental das décadas de 1950 e 1960 e na literatura de gestão da década de 1980 (Yule, 2003). O termo cultura de segurança difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da energia nuclear, cuja principal causa foi atribuída a uma “cultura de segurança fraca” de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA) (Ooshaksaraie, 2009).

Na sequência deste marco histórico, o *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* (ACSNI) definiu cultura de segurança, como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e competência de gestão da saúde

e segurança da organização. Salienta que as organizações com uma cultura de segurança positiva se caracterizam por comunicação fundada na confiança mútua e por percepções comuns da importância da segurança e da eficácia de medidas preventivas (ACSNI, 1993).

Desde então, o conceito tem sido utilizado por diversas indústrias, especialmente por organizações de alta confiabilidade (*high reliability organizations* - HRO) também conhecidas como organizações de alto risco extremamente seguras (como a aviação, energia nuclear e processamento petroquímico) (Flin *et al.*, 2006).

Mais recentemente, o foco na construção de uma cultura de segurança foi movido para a domínio da saúde (Halligan & Zecevic, 2011) uma vez que as instituições de saúde também são consideradas de alta confiabilidade. Assim, Nieva e Sorra (2003) adaptaram o conceito e definiram cultura de segurança como um ramo da cultura organizacional que resulta do produto de valores, atitudes, percepções, competências individuais e grupais e padrões de comportamento que determinam o compromisso, estilo e a proficiência, quanto às questões de segurança do doente numa instituição de saúde.

Apesar dos vários autores serem unânimes no reconhecimento da relevância da cultura

de segurança para as organizações, existe uma diversidade de definições. A maioria dos autores enfatiza o carácter holístico da cultura de segurança (Guldenmund, 2000) referindo-se à partilha do grupo que pode incidir sobre crenças, valores, percepções ou atitudes face à segurança (Silva, 2008).

Vários são os estudos que consideram a cultura de segurança como um componente integrante da cultura organizacional que se traduz pelo conjunto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, o estilo e a competência da gestão neste domínio (Guldenmund, 2000; Nieva & Sorra, 2003; Sexton *et al.*, 2006; DGS, 2014), variando entre as organizações, de departamento para departamento e de uma unidade para a outra.

CLIMA DE SEGURANÇA

O clima de segurança é considerado um fenómeno de grupo que foi desenvolvido no âmbito da psicologia organizacional (Bondevik, Hofoss, Hansen & Deilkås, 2014). É um dos temas mais estudados na abordagem organizacional e multicausal dos acidentes no local de trabalho (Silva, Lima & Baptista, 2004).

Este conceito surge na sequência do trabalho desenvolvido por Zohar em 1980, que considera o clima de segurança como um

tipo particular de clima organizacional que reflete as percepções compartilhadas dos trabalhadores sobre as questões de segurança no seu ambiente ocupacional (Zohar, 1980). Desde então até à presente data, muitos autores elaboraram outras definições, não se encontrando na literatura uma definição unívoca e aceite por todos para clima de segurança. No entanto, são evidentes alguns pontos comuns:

- O clima de segurança é um fenómeno psicológico, que envolve as percepções do estado de segurança, num momento particular e que permite avaliar a reação habitual dos trabalhadores e como estes percebem e descrevem a importância dada à segurança pela organização;
- É um fenómeno temporal, uma percepção «instantânea» da cultura de segurança, relativamente instável e sujeita a alterações. Essa percepção instantânea é considerada, como uma organização temporal do estado de segurança, ou seja, a percepção da segurança prevalecente na organização num momento particular.

CULTURA DE SEGURANÇA E CLIMA DE SEGURANÇA

Pelo exposto, parece plausível que a cultura de segurança e clima de segurança não são reflexo de um conceito unitário, mas sim, conceitos complementares independentes. O clima de segurança tem sido descrito como a percepção dos profissionais, atitudes e crenças sobre as políticas, práticas, ambiente e gestão do trabalho em relação ao risco e segurança; enquanto a cultura de segurança é um conceito mais complexo que reflete valores fundamentais, normas e expectativas (Guldenmund, 2000).

Mais especificamente, a cultura de segurança é vista como um subfaceta da cultura organizacional (Cooper, 2000) e existe a um nível mais alto de abstração do que o clima de segurança (Reichers & Schneider, 1990). Williamson, Feyer, Cairns e Biancotti (1997) argumentam que o clima de segurança representa a ética de segurança numa organização e é um dos contribuintes para o global da cultura organizacional.

A cultura de segurança é normalmente definida como o conjunto de atitudes compartilhadas, crenças, valores e pressupostos que fundamentam como as pessoas percebem e

agem sobre as questões de segurança dentro das organizações (Nieva & Sorra, 2003). O termo clima de segurança refere-se à expressão externa ou componentes mensuráveis da cultura de segurança, como a gestão de comportamentos, sistemas de segurança e as percepções dos profissionais sobre a segurança (Guldenmund, 2000).

Em conformidade, Yule (2003) refere que a cultura de segurança é um conjunto de valores e crenças que orientam a ação, internalizada por meio da socialização e aprendida através do simbolismo, enquanto o clima de segurança reflete o humor e a atitude atual em direção à segurança, combinadas com as crenças dominantes subjacentes sobre segurança que são mensuráveis. A cultura é considerada mais complexa, estável e duradoura, ao passo que o clima está sujeito a flutuações em resposta a alterações das variáveis locais (Yule, 2003).

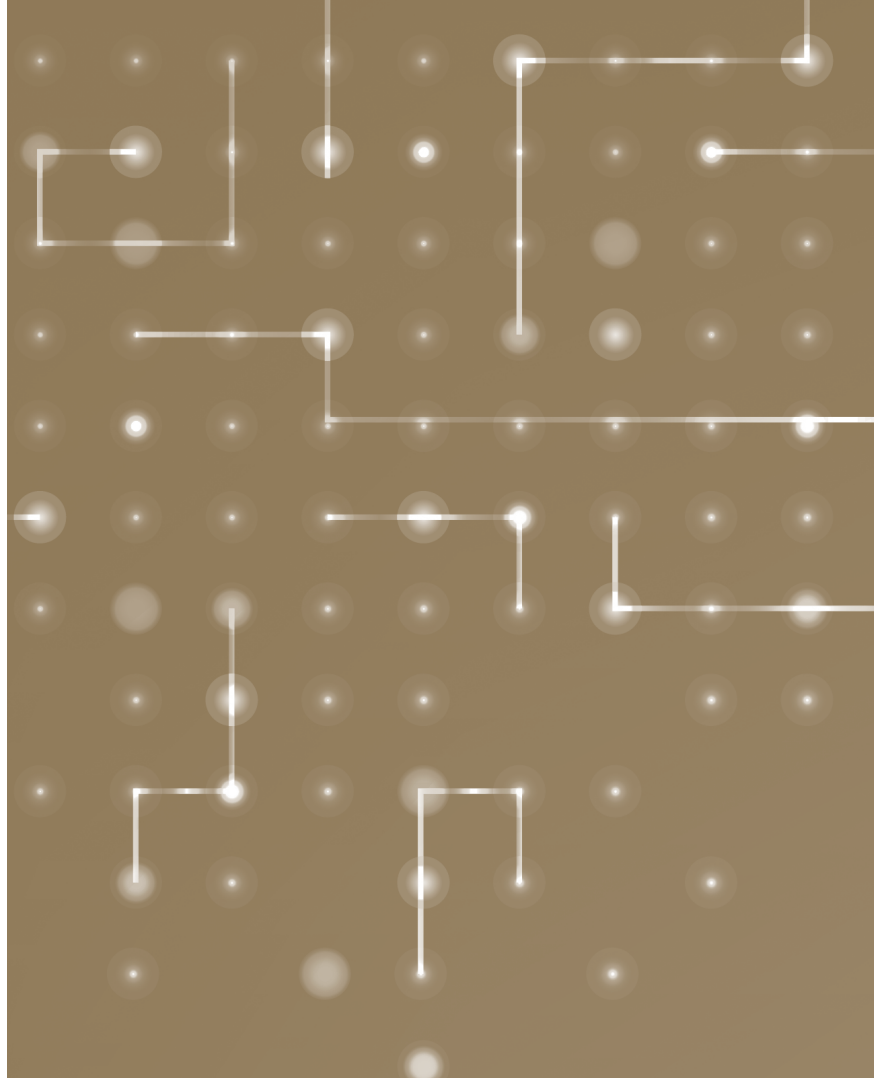
O clima de segurança pode, assim, ser considerado como o aspeto psicológico da cultura de segurança, incluindo a forma como esta é percebida e sentida, sendo considerado como um indicador temporal e localizado da cultura de segurança (Bergh, 2011). A autora distingue os dois conceitos ao considerar

que o clima se direciona a uma situação, enquanto a cultura se dirige ao desenvolvimento de um contexto. Metaforicamente, pode dizer-se que a cultura é uma rede complexa de sistemas rodoviários interligados, enquanto o clima é o tráfego que circula nas ruas (Sexton et al., 2006).

Brand et al. (2010) realizaram uma revisão abrangente da literatura nesta área e concretizaram que o clima de segurança tem um foco de atenção mais estreito que a cultura de segurança, identificando as suas características de superfície num determinado momento. Pode ser medido com precisão, embora seja um fenómeno dinâmico e que pode mudar ao longo do tempo em função das percepções individuais dos trabalhadores.

O clima de segurança está relacionado com o *output* da cultura de segurança, como as pessoas percebem a importância dada à segurança na organização, a política, a prática e os procedimentos partilhados, os quais influenciam a forma como as pessoas se comportam, como pensam e como agem face à segurança (Alves, 2011).

Em suma, a cultura de segurança é amplamente definida como um fenómeno global



e complexo que abrange as normas, valores e pressupostos básicos de uma organização; e o clima de segurança, por outro lado, é mais específico concentrando-se na percepção dos profissionais sobre aspetos particulares da cultura da organização (Olsen, 2009; Health Foundation, 2011).

No âmbito da literatura revisada, vários autores consideram que o clima de segurança e a cultura de segurança influenciam o desempenho de segurança nos serviços prestados (por exemplo, os níveis de comportamento de segurança, as percepções de segurança e as taxas de acidentes), constituindo-se como variáveis preditoras da segurança do doente dentro das organizações (Zohar, 1980; Mazzocco et al., 2009; Singer, Lin, Falwell, Gaba & Baker, 2009; Speroff et al., 2010; Haynes et al., 2011). Tal relação aplica-se, quer em termos de obediência em relação às exigências formais da segurança (procedimentos formais de segurança), quer em termos de participação voluntária na segurança.

Na prática, as pesquisas têm demonstrado a existência de uma relação direta entre o clima de segurança e a prestação de um trabalho seguro, nomeadamente na prevenção de erros médicos (Bonner, Castle, Men & Handler, 2009), eventos adversos, tais como, erros de medicação e tratamentos (Katz-Navon, Naveh & Stern, 2005; Vogus & Sutcliffe, 2007), úlceras de pressão, quedas de doentes (Taylor 2008 citado por Chaboyer et al., 2013) e outros acidentes e lesões no local de trabalho (Hofmann & Stetzer, 1996).

A figura 1 ilustra as relações (nomotéticas) entre os dois conceitos que serviram de base ao enquadramento teórico deste artigo.

Como o clima de segurança em algum grau é considerado uma medida da cultura de segurança, a cultura da segurança é, em algum nível também abordada nos estudos do clima de segurança. Por outro lado, a cultura organizacional é preditora da cultura de segurança e o clima organizacional prediz o clima de segurança. Ambos são determinantes de comportamentos de segurança (em geral) e da segurança do doente (em particular) (Silva, Lima & Baptista, 2004).

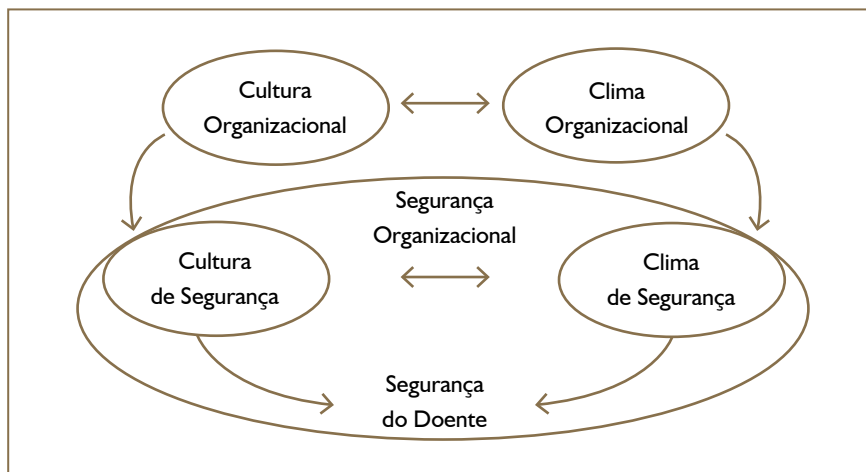


Figura 1 - Relações entre os principais conceitos.

Fonte: Adaptado de Olsen (2009).

BIBLIOGRAFIA

ADVISORY COMMITTEE ON THE SAFETY OF NUCLEAR INSTALLATIONS (ACSNI) (1993). *Human factors study group third report: organising for safety*. London: Her Majesty's Stationery Office (HMSO).

ALVES, M. M. (2011). *O clima de segurança na política e estratégia de saúde e segurança no trabalho*. Dissertação de Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho. Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal.

BERGH, M. (2011). *Safety Climate: An evaluation of the safety climate at AkzoNobel Site Stenungsund*. Master of Science Thesis. Chalmers University of Technology. Goteborg, Suécia.

BONDEVIK, G. T.; HOFLOSS, D.; HANSEN, E. H. & DEIKAS, E. C. (2014). "The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting". *BMC Health Services Research*, 14 (139), pp. 1-10.

BONNER, A. F.; CASTLE, N.G.; MEN, A. & HANDLER, S. M. (2009). "Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes?" *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (1), pp. 11-20.

BRAND, C.; CAMERON, P.; JOLLEY, D.; EVANS, S.; ANDRIANOPOULOS, N. & LOWTHIAN, J. (2010). *Advice of methodology for patient safety culture survey*. Centre of Research Excellence in Patient Safety for the Victorian Managed Insurance Authority and Victorian Quality Council. Austrália.

CHABOYER, W.; CHAMBERLAIN, D.; HEWSON-CONROY, K.; GREALLY, B.; ELDERKIN, T.; BRITTIN, M. & MCCUTCHEON, C. (2013). "Safety culture in Australian intensive Care units: establishing a

baseline for quality Improvement". *American journal of critical care*, 22 (2), pp. 93-102.

COOPER, M. D. (2000). "Towards a model of safety culture". *Safety Science*, 36, pp. 111-136.

DEVRIENDT, E.; VAN DEN HEED, K.; COUSSEMENT, J.; DEJAEGER, E.; SURMONT, K.; HEYLEN, D.; et al. (2012). "Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study". *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3), pp. 327-337.

DGS (2014). *Avaliação da cultura de segurança dos doentes em hospitais*. Norma 025/2013 de 20 de janeiro de 2014. Ministério da Saúde. Portugal.

FLIN, R., BURNS, C., MEARN, K.; YULE, S. & ROBERTSON, E. (2006). "Measuring safety climate in health care". *Quality and Safety in Healthcare*, 15, pp. 109-115.

GULDENMUND, F. W. (2000). "The nature of safety culture: a review of theory and research". *Safety Science*, 34 (1), pp. 215-257.

HALLIGAN, M. & ZECEVIC, A. (2011). "Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress". *BMJ Quality and Safety*, 20, pp. 338-343.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R.; LIPSITZ, S. R.; BREIZAT, A. S.; DELLINGER, E. P. et al. (2011). "Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention". *BMJ Quality and Safety*, 20, pp. 102-107.

HEALTH FOUNDATION (2011). *Measuring safety culture*. Londres: The Health Foundation.

- HOFMANN, D. A. & STETZER, A. (1996). "A cross-level investigation of factors influencing unsafe behaviors and accidents". *Personnel Psychology*, 49, pp. 307-339.
- LEE, W.; WUNG, H.; LIAO, H.; LO, C.; CHANG, F.; WANG, P. et al. (2010). "Hospital Safety Culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version Safety Attitude Questionnaire". *BMC Health Services Research*, 10 (234), pp. 1-8.
- KATZ-NAVON, T.; NAVEH, E. & STERN, Z. (2005). "Safety climate in health care organizations: A multi-dimensional approach". *The Academy of Management Journal*, 48 (6), pp. 1075-1089.
- MAZZOCCO, K.; PETITTI, D. B.; FONG, K. T.; BONACUM, D.; BROOKEY, J.; GRAHAM, S. et al. (2009). "Surgical team behaviors and patient outcomes". *The American Journal of Surgery*, 197, pp. 678-685.
- 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.
- OLSEN, E. (2009). *Safety climate and safety culture in health care and the petroleum industry: Psychometric quality, longitudinal change, and structural models*. Philosophiae Doctor. Faculty of Social Sciences. University of Stavanger. Noruega.
- OOSHAKSARAIE, M. (2009). "The impact of companies, age on safety culture in the metal products industry". *American Journal of Engineering and Applied Sciences*, 2 (4), pp. 735-742.
- REICHERS, A. E. & SCHNEIDER, B. (1990). "Climate and culture: an evolution of constructs". In B. Schneider (Ed.), *Organisational Climate and Culture*, (pp. 5-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- SEXTON, J. B.; HELMREICH, R. L.; NEILANDS, T. B.; ROWAN, K.; VELLA, K.; BOYDEN, J. et al. (2006). "The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research". *BMC Health Services Research*, 6 (44), pp. 1-10.
- SILVA, S. (2008). *Culturas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho numa abordagem psicossocial: valores organizacionais declarados e em uso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Portugal.
- SILVA, S., LIMA, M. L. & BAPTISTA, C. (2004). "OSCI: An Organizational and Safety Climate Inventory". *Safety Science*, 42, pp. 205-220.
- SINGER, S.; LIN, S.; FALWELL, A.; GABA, D. & BAKER, C. (2009). "Relationship of safety climate and safety performance in hospitals". *Health Services Research*, 44, pp. 399-421.
- SPEROFF, T.; NWOSU, S.; GREEVY, R.; WEINGER, M. B.; TALBOT, T. R.; WALL, R. J. et al. (2010). "Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate". *Quality & Safety Health Care*, 19 (6), pp. 592-596.
- VOGUS, T. J. & SUTCLIFFE, K. M. (2007). "The safety organizing scale: Development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units". *Medical Care*, 45 (1), pp. 46-54.
- WEAVER, S. J.; LUBOMKSI, L. H.; WILSON, R. F.; PFOH, E. R.; MARTINEZ, K. A. & DY, S. M. (2013). "Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. A systematic review". *Annals of Internal Medicine*, 158 (5), pp. 369-375.
- WILLIAMSON, A.; FEYER, A.; CAIRNS, D. & BIANCOTTI, D. (1997). "The development of a measure of safety climate: the role of safety perceptions and attitudes". *Safety Science*, 25, pp. 15-27.
- YULE, S. (2003). *Safety culture and safety climate: A review of the literature*. Industrial Psychology Research Centre. University of Aberdeen. Reino Unido.
- ZOHAR, D. (1980). "Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications". *Journal of Applied Psychology*, 65 (1), pp. 96-102.

Qual o Impacto das Taxas Moderadoras, no Acesso aos Cuidados de Saúde, por Parte dos Utilizadores

Carolina Alexandra Sousa Pinto Leal*

Autor

Sandra Madalena Neto Andrade Reimão Garcez**

* Pós-Graduada em Gestão e Administração em Saúde | ** Pós-Graduada em Gestão e Administração em Saúde

RESUMO

Atualmente, o Setor da Saúde tem um papel de extrema relevância e ocupa um espaço muito visível na nossa sociedade. Nos últimos 40 anos, registaram-se progressos notórios graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde e ao acréscimo de recursos alocados ao sistema de saúde. Neste período, Portugal alcançou um destacado patamar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, apresentando hoje resultados comparáveis com os dos principais parceiros internacionais. As taxas moderadoras são um instrumento financeiro, de caráter explícito, que têm como principal objetivo a racionalização da procura de cuidados de saúde. A presente revisão sistemática de literatura tem como principal objetivo perceber o impacto das taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, por parte dos utilizadores. Identificar a evidência empírica sobre a utilização dos serviços de saúde por parte dos utilizadores.

INTRODUÇÃO

O Setor da Saúde ocupa, atualmente, um espaço muito visível na nossa sociedade, quer em termos económicos, sociais ou meramente mediáticos. Nos últimos 40 anos registaram-se progressos notórios graças à ampliação da oferta de cuidados de saúde e ao acréscimo de recursos alocados ao

sistema de saúde. Neste período, Portugal alcançou um destacado patamar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, apresentando hoje resultados comparáveis com os dos principais parceiros internacionais

No entanto, devido aos elevados gastos que se têm verificado na área da saúde em toda a Europa, os governos foram impelidos a tomar decisões no sentido de se alcançar uma maior e melhor contenção de custos (Mossialos e Le Grand, 2001) e é neste contexto que surgem as taxas moderadoras, inseridas no conjunto de medidas explícitas que visam a contenção de custos. Este instrumento financeiro, considerado como “moderador, racionalizador e regulador” (Decreto-Lei n.º 173/2003) da procura, foi introduzido no Sistema Nacional de Saúde em 1980, através do Despacho n.º 57/80, de 29 de dezembro e é considerado um copagamento, ou seja, corresponde a uma parte proporcional, ou fixa, do custo total de determinada prestação de saúde, paga pelo utente (Pereira, 2004). Conforme a Lei de Bases da Saúde (1990), as taxas moderadoras foram inseridas com o intuito de regular, ou moderar, o consumo dos cuidados de saúde prestados e não com o propósito de funcionar como uma fonte de receitas relevante.

As taxas têm sofrido sucessivos aumentos ao longo dos últimos anos, em Portugal,

tendo-se expandido e afetado serviços como o internamento e a cirurgia de ambulatório. Tendo em atenção estes factos, rapidamente se verifica que este pagamento é já considerado como uma fonte de receita para o Estado, aliás a Lei de Bases da Saúde considera mesmo as taxas moderadoras “receita do Serviço Nacional de Saúde” (Base XXXIV). No entanto, verificou-se que estas, no financiamento global do SNS, têm um peso relativamente baixo no total da receita.

Segundo a síntese de dois defensores da introdução de taxas na utilização de serviços de saúde, Lagaarde e Palmer (2006), estes apresentam três argumentos fundamentais que suportam esta opção, sendo o primeiro o papel de desmotivar o consumo desnecessário de serviços, aumentando consequentemente a eficiência no consumo; o segundo tem que ver com a contribuição para o financiamento do sistema, aumentando a qualidade dos serviços e, por último, o aumento da equidade no acesso aos serviços de saúde por parte de famílias e indivíduos com diferente capacidade financeira.

Contudo, em Portugal, esta medida de contenção de custos tem sofrido sucessivos aumentos e um alargamento aos diferentes sectores da saúde. Tal facto parecer-nos-á colidir com o direito dos portugueses a um sistema de saúde universal geral e

tendencialmente gratuito, financiado através de impostos. Mais ainda, em Portugal os indivíduos são englobados em dois grupos: isentos e não isentos; sendo que, tal facto poderá ser gerador de desigualdades entre os não isentos, devido aos diferentes níveis de rendimento dentro deste último grupo. Podemos verificar, deste modo, que as taxas moderadoras são um dos temas recorrentes e que mais discussão levanta na sociedade portuguesa, uma vez que pode ser um condicionante ao acesso dos diversos serviços de saúde. De salientar que, o conceito de acesso aos cuidados de saúde representa um pilar fundamental das políticas de saúde.

No entanto, a definição de acesso surge, muitas vezes, de forma imprecisa e vaga, podendo variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surgem. Atualmente, o acesso à saúde é cada vez mais discutido em termos de justiça social e de equidade, uma vez que este pode depender apenas da oferta de cuidados (da sua disponibilidade), assim como de algo mais efetivo que dependerá de eventuais barreiras à utilização apropriada dos cuidados de saúde, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais.

Muitos investigadores concordam que o acesso à saúde é um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros, sendo igualmente variável a terminologia aplicada. Autores como Donabedian empregam o termo acessibilidade – conjunto de características que permitem o acesso a todos, enquanto outros autores privilegiam o termo acesso – possibilidade de entrar em algum lugar.

No entanto, independentemente de todas as discussões sobre os diversos pontos de vista acerca deste tema, o aspeto fulcral do mesmo é indissociável da questão da equidade do sistema de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde, todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as características económicas ou sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo. Assim, o acesso aos cuidados de saúde de qualidade deve ir de encontro às necessidades clínicas de cada indivíduo e não em função da capacidade financeira do mesmo, tal como consta na Constituição Portuguesa “incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos,

independentemente da sua condição económica, ... garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidade de saúde.... orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos”.

De salientar que os cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não tem muita utilidade. Ao recorrer a estes cuidados, o indivíduo tem como objetivo restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado, estando, assim, na presença de um bem sem utilidade intrínseca e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura. Os cuidados de saúde constituem, assim, um bem ou serviço, o qual proporcionará saúde, sendo este um estado desejado aquando do consumo do mesmo.

Neste sentido, e na sequência de uma das principais preocupações expressas anteriormente, consideramos relevante verificar se

de facto os utilizadores se têm afastado dos cuidados de saúde, devido à implementação das taxas moderadoras, mesmo quando esse recurso é apropriado. Este estudo pretende, assim, responder à seguinte questão: Qual o impacto das taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, por parte dos utilizadores?

METODOLOGIA

Sendo esta uma questão pertinente e fulcral, recorremos a um estudo de revisão sistemática da literatura, para responder aos objetivos. Para a elaboração do presente estudo identificámos três descritores: *Taxas Moderadoras*, *Cuidados de Saúde*, *Acessibilidade*, os quais foram validados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCs).

Nas bases de dados electrónica onde efetuámos a pesquisa, numa primeira fase seleccionámos artigos tendo em conta os três descritores, numa segunda fase, os artigos que respondiam a um dos nossos



objetivos e posteriormente os artigos primários e *Free Full*.

Como forma de pesquisa e obtenção de uma busca de resultados alargados, utilizamos os idiomas Português, Inglês e Espanhol para a pesquisa num espaço temporal compreendido entre os anos de 2009 e 2013. A colheita de informação decorreu nos meses de julho e agosto de 2015. Após a aplicação dos critérios de pesquisa, seleccionámos, para análise, três artigos.

ANÁLISE CRÍTICA/ DISCUSSÃO DOS DADOS

De acordo com a Constituição Portuguesa, “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”, estando o Estado incumbido de “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (...) garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país (...) orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos”. Neste sentido, é relevante compreender em que medida o sistema de financiamento e prestação de cuidados de saúde português pode ter contribuído para atenuar ou aumentar as desigualdades no acesso aos mesmos, até porque estas duplicaram de valor entre 2011 e 2012, tal como está publicado na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição. Ana Jorge “*considera excessivo o aumento das taxas moderadoras, admite que a atualização faz sentido, mas teme que a subida súbita das taxas moderadoras iniba muitos doentes de recorrerem ao Serviço Nacional de Saúde.*”.

As taxas moderadoras, surgem como potencial receita para colmatar a crise financeira que o setor da saúde atravessa. Com objetivo fulcral e pertinente de moderar e racionalizar a procura de cuidados de saúde: “Aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas”. Assim, o Governo comprometeu-se com Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), em tomar medidas para reformar o Sistema Nacional de Saúde (SNS)

com pretensão de garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer no que respeita ao seu regime geral de acesso ou regime especial de benefícios, quer no que respeita aos seus recursos financeiros.

Neste sentido, foram analisados três artigos: “Impacte do Aumento das Taxas Moderadoras na Procura dos Cuidados de Saúde Primários na USF do Parque”, de António Ramos (2013), “Impacto das Taxas Moderadoras na utilização dos serviços de saúde”, de Barros, Afonso, Martins & Pereira e “Taxas Moderadoras e número de consultas em medicina geral e familiar: há relação?”, Ferreira, Linhares, Pereira & Santiago (2013). Assim, o artigo de António Ramos conclui que seria de esperar uma diminuição da afluência às consultas na USF onde efetuaram o estudo, devido ao facto deste ter sido realizado pouco tempo depois do aumento das taxas, mas tal não se verificou. Acrescentam que esta conclusão pode ser consequência desta ser uma Instituição recente, onde atribuíram médicos de família a todos os inscritos ou, ainda, com a divulgação sobre os diferentes serviços que aí são prestados. Deste modo, com este estudo foi possível aos autores concluir que “(...) o aumento das taxas moderadoras não teve um impacte negativo direto no recurso às consultas na USF do Parque (...)”.

As mesmas ilações não foram retiradas pelo estudo realizado no artigo de Ferreira, Linhares, Pereira & Santiago, isto porque é referido que se verificou um impacto negativo no número total de consultas, coincidente com o aumento das taxas. No entanto, são apresentados alguns motivos plausíveis de justificação deste facto. No caso da UCSP sobre o qual incidiu o estudo, verificou-se uma diminuição do número de médicos e na UCSP/USF pela forma de organização interna e melhoramento das condições de utilização de consultas em regime de Atendimento Complementar, podemos compreender o porquê do crescimento negativo.

O segundo artigo analisado, de Barros, Martins & Pereira, foi realizado com o objetivo de monitorizar o impacto do novo regime de taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde. A ACSS solicitou à Nova School of Business and Economics a realização de estudo coordenado

pelo Prof. Doutor Pedro Pita Barros”. Este inicia alertando para a dificuldade de avaliação desta temática, isto porque “(...) situações em que deveria ter ocorrido recurso aos serviços de saúde, mas tal não sucedeu devido ao peso da taxa moderadora para o cidadão, não é passível de ser realizada (...) pois estes apenas registam informação quando há utilização.”. Partindo deste princípio, de facto, não é, de todo, fácil avaliar o impacto das taxas, uma vez que não sabemos o número de utentes que não recorreu aos cuidados de saúde por esse motivo em particular. Ainda assim, com os questionários efectuados, os autores concluíram que “(...) apenas um número reduzido de situações, factor determinante para não haver recurso aos serviços de saúde.”, até porque, paralelamente verificou-se um aumento do “...número potencial de cidadãos em condições de beneficiar das isenções de taxas moderadoras”.

Ainda neste estudo, é referido o papel que as taxas tiveram, enquanto moderador da procura efetiva destes serviços, dado que “se não houver esse papel, a justificação de “moderação da procura” para a existência de taxa moderadora deixará de ter validade.”.

As considerações finais do estudo supracitado afirmam que não se verificou uma evolução desfavorável nos últimos anos, não havendo evidência que comprove que de facto os utilizadores não recorreram ao serviço de saúde devido às taxas; “não há, por isso, um agravamento visível nas situações associadas ao acesso aos cuidados de saúde.”. Por sua vez, no que às urgências diz respeito, também não se verificou uma redução significativa, comprovando, mais uma vez que “o seu papel como barreira de acesso a cuidados de saúde necessários aparenta-se diminuto de acordo com as decisões reveladas pelos cidadãos.”.

Ainda sobre este tema, foram realizados Relatórios Anuais sobre o Acesso a Cuidados de Saúde, nos anos compreendidos entre 2012 e 2014. O relatório referente a 2012 inicia apontando como uma preocupação que “o SNS corresponda à necessidade de consolidação fiscal do País e, simultaneamente, assegure aos Portugueses o acesso a cuidados de saúde” e divulga

dados que permitem concluir que menos de 1% dos utentes encararam as taxas moderadoras como uma barreira impeditiva de acesso aos cuidados de saúde e que a Entidade Reguladora da Saúde constatou “que o novo regime de taxas moderadoras não constitui uma barreira ao acesso do SNS, tendo antes promovido um aumento desejável dos cuidados de saúde programados em detrimento dos não programados”. Neste sentido, foi possível verificar que quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível das consultas médicas hospitalares, a taxa de utilização de consultas médicas aumentou.

No relatório do ano de 2013, salienta-se, novamente, a importância do SNS assegurar o acesso “com qualidade a cuidados de saúde a todos os portugueses.” e refere que o “SNS não só tem mantido o nível de acesso (...) como também tem vindo a melhorar o acesso aos cuidados de saúde pelos portugueses.”. No ano em questão, segundo o estudo, “(...) registou-se a maior taxa de utilização de consultas médicas ao nível dos cuidados de saúde primários”, tendo-se verificado uma “ligeira redução do número de consultas médicas realizadas” e um crescimento contínuo das consultas médicas hospitalares.

Por fim, no relatório de 2014, é possível comprovar que o acesso aos cuidados de saúde primários continuou com uma tendência ascendente, tal como a nível dos cuidados hospitalares.

Em suma, perante os relatórios citados, pode-se concluir que a análise dos dados efetuados pelo Ministério da Saúde vai de encontro aos artigos analisados anteriormente, sendo que todos concluem que as taxas moderadoras não tiveram o papel que lhes tinha sido destinado (taxas como moderador), até porque o valor das mesmas duplicou mas o número de utentes isentos também aumentou.

Perante esta temática tão controversa, também a ERS (2013) fez um estudo acerca do novo regime jurídico das taxas moderadoras (Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro) e refere que “As principais mudanças face ao regime que vigorava anteriormente encontram-se no âmbito de aplicação, nas categorias de isenção e nos valores das taxas moderadoras, bem como na documentação e procedimentos administrativos relativos

ao preenchimento dos requisitos das categorias de isenção.”

Neste contexto, a ERS concluiu que de 2011 para 2012 “se assistiu ao aumento relativo de utentes isentos por condição de insuficiência económica”, isto é, as isenções passaram a ter mais em consideração a condição económica dos utilizadores, do que a condição clínica. Assim, no período de tempo estudado, verificou-se uma “redução na utilização global de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários”, maioritariamente por parte dos utentes isentos, “efeito de redução global do consumo de bens e serviços, face às atuais dificuldades económicas em Portugal”, ou seja, os utentes não deixaram de procurar os cuidados de saúde devido às taxas, uma vez que estavam isentos.

Quanto às urgências, e contrariando o artigo 2, a ERS afirma que a utilização destas caiu, o que é contradito no artigo referido, onde é afirmado que a evolução no acesso também se estendia às urgências e, por isso, as taxas não estarem a ter o papel que era suposto. A ERS acrescenta, ainda, que “a redução observada igualmente na utilização por utentes isentos não permite concluir que seja o efeito de moderação a determinar a queda nas urgências” e que as taxas apenas tiveram um papel moderador nos utentes menos graves.

A ERS refere que “relacionando a utilização de urgências hospitalares com a de cuidados de saúde primários a nível regional, constatou-se que de 2011 para 2012 cresceu a importância relativa das urgências



face às consultas programadas nos Centros de Saúde, evolução que poderá ser reflexo da alteração relativa da estrutura de preços subjacente à tabela de taxas moderadoras.”. Neste estudo realizado, é, ainda, salientado o facto da implementação das taxas moderadoras poder vir a refletir piores resultados em saúde, isto porque podem incentivar a substituição de serviços de qualidade por prestadores menos onerosos mas cuja qualidade é inferior.

As opiniões sobre o aumento das taxas moderadoras são divergentes entre políticos, sendo as opiniões primordiais para a análise deste artigo. Sustentando o foco na garantia da satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos, torna-se imperioso destacar as diversas opiniões.

Adalberto Campos Fernandes (2013) frisou que “O último aumento de taxas moderadoras [registado há um ano] empurrou para fora do sistema de saúde dezenas ou centenas de milhares de pessoas” e José Manuel Silva tinha classificado de “brutal” o referido aumento, sobretudo num contexto em que os cidadãos já sofreram reduções de salários e aumentos de impostos.

Após os estudos e dados analisados nos parágrafos anteriores, podemos constatar que a preocupação manifestada por estes dois médicos, não vai de encontro ao que se verificou na realidade, isto porque há que relembrar que o número de isentos por “insuficiência económica” aumentou assim que as taxas foram inflacionadas.

Pode-se afirmar que as taxas moderadoras são dissuasoras do consumo. Contudo, dada a ignorância do utilizador, nem sempre é a parcela do consumo “desnecessário” que é regulada. A diminuição da procura de cuidados de saúde não está diretamente associada aos utentes não isentos, mas aos isentos, daí não ser possível considerar as taxas um entrave ao acesso.

CONCLUSÃO

As taxas moderadoras foram, desde a sua implementação, encaradas como uma barreira impeditiva do acesso aos cuidados de saúde, por parte dos utilizadores, a qual originaria desigualdades e afastaria os cidadãos dos serviços de saúde, quando esse recurso é apropriado. No entanto, o objectivo primordial das taxas, mencionado várias vezes

ao longo deste trabalho, era apenas o de moderar a procura dos serviços de saúde, quando não se iria obter nenhum ganho em saúde, ou seja, junto dos utentes menos graves, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo das despesas. Na realidade, o papel das taxas fica um pouco à quem das expectativas, uma vez que “a moderação de consumo” nos cuidados de saúde primários e hospitalares verificou-se maioritariamente nos utentes isentos, isto é, os utilizadores que não estão isentos continuam a procurar os serviços de saúde quando deles necessitam.

O tema das desigualdades no acesso à saúde não tem sido uma prioridade em Portugal, uma vez que a evidência encontrada foi bastante escassa, tanto a nível da medição, como da explicação sobre os determinantes das desigualdades.

Verifica-se a necessidade de mais estudos que avaliem o impacto destes co-pagamentos no acesso dos utilizadores em Portugal, para que as futuras medidas de racionalização não ponham em causa valores de solidariedade, equidade e justiça, que se apresentam como pilares do nosso SNS.

BIBLIOGRAFIA

Barros, Afonso, Martins & Pereira. (2013) “Impacto das taxas moderadoras na utilização dos serviços de saúde”. Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Constituição da República Portuguesa, Artigo 64º - Saúde

Decreto-Lei n.º 173/2003: Taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde. Diário da República, Série I-A, nº176 de 1 de Agosto de 2003.

Decreto-Lei n.º 79/2008. Diário da República, Série I, nº89, 8 de Maio de 2008.

Decreto-Lei n.º 113/2011, Diário da República, de 29 de novembro de 2011

Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

Entidade Reguladora da Saúde, “O Novo Regime Jurídico das Taxas Moderadoras”, junho de 2013.

Ferreira, Linhares, Pereira & Santiago. (2013) “Taxas moderadoras e número de consultas em medicina geral e familiar: há relação?”. Revista Portuguesa de Clínica Geral; 29:334-8, Portugal.

Furtado C., Pereira J., “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde: documento de trabalho”, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2010.

Lagaarde, M., Palmer, N. (2006), “Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people”, a policy brief prepared for the *International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries* (IDEAHealth), Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.

Lei n.º 48/90: Lei de Bases da Saúde. Diário da República, I série, 24 de Agosto, 1990. Esta Lei foi alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que também aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar.

Lucas J S., “Taxas moderadoras e equidade na utilização de cuidados de saúde primários.” “Em foco”, Revista Portuguesa de Saúde Pública, n.º 1; Lisboa, 1990: 17-27.

Ministério da Saúde, “Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no Sistema Nacional de Saúde” (2012).

Ministério da Saúde, “Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no Sistema Nacional de Saúde” (2013).

Ministério da Saúde, “Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no Sistema Nacional de Saúde”

(2014).

Mylene Lagarde & Natasha Palmer, 2008, “The impact of user fees on health service utilization in low – and middle-income countries: how strong is the evidence?”, Bulletin of the World Health Organization, England.

Penchansky, R., e Thomas, J.W., (1981), “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, Medical Care, Vol. 19, No. 2, pp. 127-140.

Pereira J. “O “regresso” das Taxas Moderadoras: Desviar o alvo para que a bala lhe acerte.”, “Política de Saúde”, Boletim de Economia da Saúde; 1987:2-4.

Portugal, “Constituição da República”.

Ramos, António et al. (2013) “Impacte do Aumento das Taxas Moderadoras na Procura dos Cuidados de Saúde Primários na USF do Parque”. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar;29:90-6, Portugal.

Ana Jorge : Fonte: http://www.rtp.pt/noticias/saude/ana-jorge-teme-que-aumento-subito-das-taxas-moderadoras-reduza-procura-de-cuidados-de-saude_a506646#sthash.qOWHy7E.dpuf

Adalberto Fernandes: Fonte: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2992556&page=-1

Efeitos da Aplicação do Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica na Prestação de Cuidados Hospitalares

Alexandre Morais Nunes

Doutor em Administração da Saúde, Universidade de Lisboa

Autor

RESUMO

O ano de 2011 ficou marcado pela aplicação do Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica assinado entre Portugal e a União Europeia (UE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). A esta data iniciou-se um período de austeridade com uma contenção e restrição económica que tocou em todos os níveis a vida dos cidadãos, com um conjunto de medidas de redução dos rendimentos aplicadas no mercado laboral (redução de salários, subsídios de desemprego e pensões acima dos 1.000 euros) e outras medidas que promoveram a redução da despesa na administração pública. O setor da saúde não ficou imune a este processo.

Apesar de se verificar um aumento na eficiência global das unidades hospitalares, numa perspetiva económico-financeira, o objetivo deste estudo foi verificar e descrever os efeitos sentidos pela aplicação do Memorando de Entendimento no setor público da saúde, na perspetiva dos gestores hospitalares. Foram inquiridos noventa gestores/administradores hospitalares, em diferentes regiões de Portugal. Os dados foram colhidos através da entrevista semiestruturada (guiada) e

analisados com recurso à análise de conteúdo. Como resultados, verificou-se que, na opinião dos entrevistados, os principais efeitos no seio dos cuidados hospitalares foram marcados por uma redução da qualidade assistencial, pelo condicionamento do acesso, pela baixa motivação dos profissionais, pela subprestação e pelo desinvestimento tecnológico.

INTRODUÇÃO

O setor da saúde, relativamente a outros setores, assume uma posição com grande visibilidade na sociedade, quer a nível social, quer a nível económico (Campos, 2001).

Os custos com a saúde, nos países mais desenvolvidos, tiveram um acentuado crescimento nas últimas décadas, sendo que alguns autores referem a ineficiência da gestão das instituições de saúde como uma das principais causas deste aumento da despesa (Barros, 2013; Folland, Goodman, & Stano, 2007; Jacobs, Smith, & Street, 2006).

Em Portugal, o crescimento acentuado das despesas com a saúde, verificado ao longo dos últimos anos, tem assumido uma importância cada vez maior. Perante este panorama, foram na última década levantadas questões relacionadas com a

sustentabilidade do sistema e com a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Foi apontado como fator determinante no crescimento da despesa, a relativa ineficiência do sistema de saúde e, dentro deste, o funcionamento dos hospitais (Afonso & Fernandes, 2008; Azevedo & Mateus, 2013; Barros, Machado, & Simões, 2011; Barros, 2013; Borges, 2013). As despesas com a saúde terão crescido muito mais rapidamente que o PIB, no mesmo período. Em 2013 representavam cerca de 8,9% do PIB, contra 2,6% em 1970 (INE, 2014).

Perante os dados, verificou-se, nos últimos anos, a necessidade de tornar o sistema mais eficiente sem prejuízo da qualidade, sendo esta uma condição prévia e necessária. Este facto levou os governos a repensar as suas políticas de saúde, o que conduziu a reformas no setor para a procura de maior eficiência, eficácia, efetividade, desempenho e de melhores resultados por parte das instituições (Alves, 2014; Fernandes, 2014; Harfouche, 2012).

Não obstante, a necessidade de uma maior racionalização e corte nas despesas conduziu à implementação de um conjunto de diretrizes constantes no plano de ajustamento aplicado a Portugal para os serviços hospitalares. Como exemplo,

de acordo com o Despacho n.º 10783-A/2011, os hospitais estavam obrigados a cortar cerca de 11 % nos seus custos operacionais (GTRH, 2011).

Durante os anos em que decorreu a aplicação do Memorando, é importante atender não apenas aos resultados económico-financeiras das medidas implementadas mas também aos seus efeitos na atividade central das unidades de saúde: a prestação de cuidados de qualidade aos cidadãos. Assim, o presente estudo centra-se na avaliação dos condicionalismos resultantes da aplicação das medidas do Memorando de Entendimento na atividade hospitalar sobre a perspetiva da própria gestão.

REVISÃO DA LITERATURA

Os objetivos para a saúde do Memorando de Entendimento, centravam-se num aumento da eficiência e eficácia para o SNS, com uma utilização racional dos serviços e um controlo efetivo de custos, e numa redução da despesa com medicamentos e com custos operacionais dos hospitais (Carmo, 2012; Portugal, 2011).

No que compete mais especificamente aos hospitais, nos objetivos para a política de saúde constava: “gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais”. Para cumprir este objetivo geral, o memorando dispunha de onze pontos centrais de ação, expressos na sua secção número 3 (3.71 a 3.81). O quadro seguinte enumera, de forma resumida, esses pontos.

As medidas, congruentes com a gestão de unidades hospitalares constantes no quadro, foram alvo de várias reflexões e de medidas complementares. Em relação ao pagamento de dívidas em atraso aos fornecedores, foram tecidas algumas críticas. De acordo com Carmo (2012), para ser possível aos hospitais pagar aos fornecedores é importante que previamente tenham sido pagos pelos fornecidos. Quando a autora destaca esta questão, salienta os subsistemas, que devem aos hospitais e alegando igualmente uma contradição, já que no memorando está definida uma redução de 30% na contribuição do Estado com estes subsistemas. Porém, para cumprir com esta meta, em 29 de março de 2012 foi aprovada, em

Quadro I - As propostas do Memorando de Entendimento para os serviços hospitalares

SECÇÃO	MEDIDA PROPOSTA	PRAZO
3.71.	Liquidação de todos os pagamentos em atraso (pagamentos devidos a fornecedores nacionais com atraso superior a 90 dias).	[T3-2011]
3.72.	Definir medidas para a redução dos custos operacionais dos hospitais (em 200 milhões de -), que incluem a redução de cargos dirigentes como consequência da concentração e racionalização das unidades.	[T3-2011]
3.73.	Implementação de um sistema de auditoria e publicação de normas de orientação clínica.	[T3-2011]
3.74.	Selecionar, de forma mais transparente o presidente e os membros da administração dos hospitais (por lei deviam ser pessoas de reconhecido mérito na saúde, gestão e administração hospitalar).	[T4-2011]
3.75.	Desenvolver um sistema de benchmarking que permita estabelecer uma comparação entre o desempenho das unidades hospitalares, a ser publicado, de forma regular, anualmente.	[T1-2012]
3.76.	Desenvolvimento e interação entre os sistemas de tecnologias de informação de forma a que a ACSS tenha em tempo real a informação sobre as atividades, por forma a publicar relatórios mensais para os Ministérios da Saúde, das Finanças e Administração Pública; Alcançar a plena interoperabilidade dos sistemas de informação nos hospitais.	[T1-2012]
3.77.	Reorganização e racionalização da rede de hospitais, através da especialização e concentração de serviços de urgência, numa gestão conjunta (Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março). “Um plano de acção detalhado será publicado em 30 de Novembro de 2012 e a sua implementação será finalizada no primeiro trimestre de 2013”.	[T2-2012]
3.78.	Transferência de serviços hospitalares em ambulatório para as Unidades de Saúde Familiares (USF).	[T2-2012]
3.79.	Realização de um levantamento atual dos médicos a exercer (por especialidade, idade, região, unidade, setor público/privado), de forma a identificar as necessidades atuais e futuras.	[T3-2011]
3.80.	Publicação de um relatório (até março de 2012) que contenha os planos de afectação de recursos humanos até 2014.	[T3-2011]
3.81	Aplicação de regras para incrementar a mobilidade de profissionais de saúde dentro e entre cada ARS (horário flexível, controlo rigoroso das horas de trabalho e de atividade de cada profissional de saúde).	[T1-2012]

Fonte: Portugal (2011) - Memorando de Entendimento assinado com o FMI/BCE/CE

Conselho de Ministros, uma primeira alteração ao Orçamento do Estado para 2012. Nesta publicação ficou estabelecida a aplicação de 1.500 milhões de euros provenientes da transferência de fundos de pensões da banca para a segurança social, de modo a cobrir as dívidas do setor da saúde. No entanto, ressalva-se que esta solução é de carácter parcial, já que a dívida do SNS aos fornecedores ascendia aos 3000 milhões de euros (Fernandes, 2012). Uma outra crítica estabelecida a

esta medida foi o facto de não prevenir situações futuras. Mesmo com o pagamento da totalidade da dívida, havia o risco de surgir uma nova (Fernandes, 2012). “O grande desafio é a criação de mecanismos de controlo e gestão que impeçam de futuro a repetição do mesmo tipo de situação” (Barros, 2012, p.115).

O corte a aplicar de 200 milhões de euros (sendo 50% deste ainda em 2011) foi definido sem pensar nas consequências sociais do mesmo. Repare-se que este corte

poderia prejudicar a prestação de cuidados de saúde (Carmo, 2012; Fernandes, 2012). A referência aos custos com recursos humanos (no caso com os dirigentes) não constitui a única fonte de custos dos hospitais. Para além dos custos com pessoal (já aplicados com os cortes na função pública para vencimentos superiores a 1500€ e nas horas extraordinárias), existem consumos de medicamentos (essenciais para tratar os doentes), meios tecnológicos para diagnóstico e tratamento (em constante evolução e fulcrais na atividade clínica) e a manutenção das infraestruturas, equipamentos e instalações (a conceção da arquitetura hospitalar implica uma modernização constante, que exige custos) (Carmo, 2012).

Num estudo recente (Correia, Carapinheiro, Silva e Vieira, 2015) foi abordada a experiência numa vertente clínica relativa ao sistema de saúde português no tempo da troika. Os autores referem nas suas conclusões não foram alcançadas as expectativas de ganhos financeiros, de eficiência e de eficácia sem perda de qualidade apontando falta de material nas instituições, uma maior pressão para reduzir custos com doentes, para reduzir a prescrição de medicamentos (os clínicos que sentiram esta maior pressão são os das especialidades de oncologia e de medicina geral e familiar), um aumento de recusa de tratamentos inovadores (nomeadamente nas especialidades de urologia e oncologia) e ainda referiram como fator marcante a falta de recursos sentida no setor público.

METODOLOGIA

Após se proceder a uma avaliação da eficiência e produtividade das unidades hospitalares em Portugal, entre os anos 2011 e 2013, com recursos à DEA e ao Índice de Malmquist, pretendeu-se aferir algumas considerações que poderiam estar na base do diferencial de eficiência observado, não possíveis de incluir na aplicação do modelo matemático.

Com o objetivo de verificar quais os efeitos que a implementação do programa da “Troika” teve na eficiência das unidades e que implicações causaram na prestação direta de cuidados, procedeu-se à

realização de entrevistas aos agentes envolvidos na gestão hospitalar, sendo colocada a seguintes questões: “A aplicação do memorando de entendimento, no setor da saúde, teve resultados positivos em termos de eficiência? Houve implicações/consequências na prestação ao nível das unidades hospitalares? Se considera que sim, de que forma se manifestaram?” Como amostra foram selecionados 90 indivíduos (54 gestores e 36 administradores hospitalares) distribuídos por diferentes zonas do país.

Para interpretar os resultados das entrevistas recorreu-se à técnica da análise de conteúdo, definindo-se como categoria a percepção global sobre os efeitos das medidas de austeridade e como subcategorias a percepção relativa à tendência evolutiva da eficiência técnica e as implicações diretas das medidas de austeridade na prestação de cuidados.

RESULTADOS

Quando questionados sobre o efeito, em termos de eficiência, do programa de intervenção externa, foi consensual nas respostas dadas, o cariz positivo que este teve. Assim 79 (37 administradores e 42 gestores) salientaram, de uma forma global, que perante a obrigatoriedade de reduzir drasticamente os custos pelo subfinanciamento ocasionado e como se manteve o mesmo nível de produção, a eficiência aumentou. Os restantes 11 entrevistados referiram não saber responder à questão. De salientar que nenhum dos entrevistados considerou que a eficiência técnica tenha decrescido. Quando questionados sobre as implicações que a aplicação das medidas de austeridade tiveram na prestação direta de cuidados, apenas 24 entrevistados referiram desconhecer qualquer efeito negativo. Os restantes 66 gestores/administradores





destacaram pontos negativos num total de 157 verbalizações.

Entre os principais efeitos negativos da aplicação do Memorando de Entendimento às unidades hospitalares, os gestores e administradores destacam os défices de qualidade assistencial, a menor disponibilidade para aquisição de equipamentos e consumíveis, admitem que ocorreu algum condicionamento do acesso, um défice de recursos humanos (dados os entraves à contratação), um maior tempo de espera, uma menor oferta de serviços em determinadas especialidades, a desmotivação dos profissionais, o desinvestimento tecnológico e em alguns casos a subprestação de cuidados de saúde (nomeadamente nos serviços de urgência).

CONCLUSÕES

De acordo com a abordagem aplicada neste estudo, pode-se referir que a aplicação do Memorando de Entendimento com o seu conjunto de medidas operacionais de austeridade aplicado aos hospitais aumentou a eficiência técnica dos resultados pela redução de custos. No entanto, estes melhores resultados, previstos no Memorando, estão associados na opinião dos entrevistados não a melhores resultados na produção mas à custa de alguns défices de qualidade assistencial, de condicionamento no acesso, de

desmotivação dos profissionais, de uma deficiente prestação (subprestação) e a um desinvestimento tecnológico.

Estas conclusões numa perspetiva de gestão vão ao encontro das apuradas numa vertente clínica pelo estudo efetuado por Correia, Carapinheiro, Silva e Vieira (2015) relativa aos efeitos observados pelos médicos com a implementação dos condicionalismos do Memorando de Entendimento no sistema de saúde.

NOTAS

1. Conhecido como Troika (Barros, 2012).
2. Foram estabelecidas prioridades no pagamento, iniciando-se estes por critérios de tempo (mais tempo em espera), taxa de juro (pelas taxas mais altas), ou por outras situações cujo prolongamento possa ter consequências económicas, ou mesmo sociais (suspensão de novos fornecimentos) (Fernandes, 2012). A Lei nº8/2012 de 21 de fevereiro (Lei dos Compromissos e dos pagamentos em atraso) estabeleceu normas e regras para evitar o incumprimento. No entanto, Fernandes (2012) critica esta disposição legal pelo facto de não atribuir mérito (prémio) a quem cumpre com os requisitos.
3. Consideram-se administradores o conjunto de gestores com formação académica na área.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, A., & Fernandes, S. (2006). Measuring local government spending efficiency: Evidence for the Lisbon Region. *Regional Studies*, 40(1), 39-53.
- Alves, A. (2014). A inovação em Gestão Hospitalar. In Campos, A. & Simões, J. (Coord). 40 anos de abril na saúde (pp.273 - 320). Coimbra: Almedina.
- Azevedo, H., & Mateus, C. (2013). *Cost effects of hospital mergers in Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 106-117.
- Barros, P. (2012). Um ano de Troika e a política de saúde. In Fernandes & Barros. *Um ano depois da Troika na política de saúde* (pp.73-116). Cascais: Príncipa Editora.
- Barros, P. (2013a). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (3ª edição). Coimbra: Almedina.
- Barros, P., Machado, M. & Simões, J. (2011). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 3(4), 1-156. OCDE.
- Borges, A. (2013). *Catastrophic health care expenditures in Portugal between 2000-2010: assessing impoverishment determinants and policy implications*. Master in Economics. Lisboa: Nova School of Business and Economics.
- Campos, A. (2001). Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. *Análise Social*, XXXVI, 161, 1079-1104.
- Carmo (2012). A Troika, o memorando e os serviços de saúde. In Carmo (Org). *Serviço Nacional de Saúde em Portugal: as ameaças, a crise e os desafios* (pp. 85-90). Coimbra: Almedina.
- Correia, T., Carapinheiro, G., Silva, J., & Vieira, J. (2015). O sistema de saúde português no tempo da troika: a experiência dos médicos. Lisboa: ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos.
- Fernandes, J. (2012). Intervenção da Troika na gestão dos serviços de saúde. In Fernandes & Barros (Eds). *Um ano depois da Troika na política de saúde* (pp.15-72). Cascais: Príncipa Editora.
- Fernandes, A.C (2014). A combinação público-privado. In Campos, A. & Simões, J. (Coord). 40 anos de abril na saúde. (pp.213-231). Coimbra: Almedina.
- Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2007). *The economics of health and health care*. New Jersey: Prentice hall.
- GTRH - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011). *Os cidadãos no centro do sistema - os profissionais no centro da mudança. Relatório final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.
- INE (2014). *Conta Satélite da Saúde (2000-2012)*.
- Jacobs, R., Smith, P., & Street, A. (2006) *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic*. Cambridge: University Press.
- Portugal (2011). *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica. Programa de assistência financeira UE/FMI/BCE*. Request for a Three-Year Arrangement Under the Extended Fund Facility, IMF Country Report No. 11/127, June 2011. Council Implementing Decision on Granting Financial Assistance to Portugal, 17 May 2011.

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

