

Revista Portuguesa de **Gestão & Saúde**

Diretor: Miguel Sousa Neves • email: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • julho 2016 • N.º 19



Desafios da Carreira Médica
Miguel Guimarães

Breves conclusões acerca da Integração Vertical
em Saúde – Unidades Locais de Saúde
**Ruben Loureiro, Eduardo Brou e Adalberto
Campos Fernandes**

O Balanced Scorecard nos CSP: O papel
da comunicação no desenvolvimento
de um sistema de gestão estratégica.
Uma revisão sistemática
Américo Varela, Ezequiel Pinto

A concentração/fusão de unidades hospitalares
em Portugal:
Efeitos na produtividade
Alexandre Morais Nunes

Qual o impacto da exposição ocupacional a
material biológico para a Gestão em Saúde?
Revisão Sistemática
**Maria Margarida Rodrigues Mesquita,
Sónia Marisa Rocha Moreira**

Índice

- 4 Estatuto Editorial
- 5 Mensagem
Miguel Sousa Neves
- 6 Desafios da Carreira Médica
Miguel Guimarães
- 8 Breves conclusões acerca da Integração Vertical em Saúde – Unidades Locais de Saúde
Ruben Loureiro, Eduardo Brou e Adalberto Campos Fernandes
- 11 Notícias
- 12 O Balanced Scorecard nos CSP: O papel da comunicação no desenvolvimento de um sistema de gestão estratégica. Uma revisão sistemática
Américo Varela, Ezequiel Pinto
- 17 Sites
- 18 A concentração/fusão de unidades hospitalares em Portugal: Efeitos na produtividade
Alexandre Morais Nunes
- 21 Livros
- 22 Qual o impacto da exposição ocupacional a material biológico para a Gestão em Saúde? Revisão Sistemática
Maria Margarida Rodrigues Mesquita, Sónia Marisa Rocha Moreira
- 26 Ficha de inscrição de sócio da SPGS

FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE

Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 19 • julho 2016

DIRETOR

Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO

Marinha Abreu

DESIGN E PRODUÇÃO

Jornal Médico

www.jornalmedico.pt

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 setor 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 setores 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 setor 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.

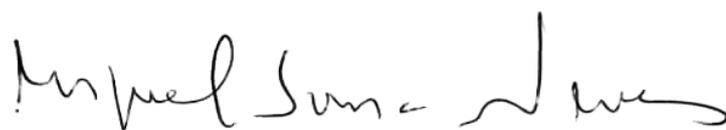
A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Mensagem



Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

Após seis meses de governação do PS com apoio dos grupos parlamentares à esquerda, a equipa ministerial na área da Saúde tem sabido gerir os inúmeros *dossiers* com discrição e bom senso. A partir de agora, e com a enorme contenção financeira existente, é que teremos que avaliar se há suficiente capacidade criativa que possa produzir valor acrescentado na Gestão da Saúde. Por enquanto, Adalberto Campos Fernandes tem demonstrado ele próprio ser uma mais-valia para este Governo. Esperemos que assim possa continuar, pois os tempos mais próximos poderão ser bastante conturbados.



Desafios da Carreira Médica

Miguel Guimarães

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Autor

As carreiras profissionais na Saúde têm sido, desde que foram implementadas, o principal suporte da evolução e nível de qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O relatório das Carreiras Médicas, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Médicos a 17 de Junho de 1961, constituiu um documento essencial que permitiu desenvolver as bases do serviço público de saúde e garantir cuidados de saúde organizados e qualificados a todos os cidadãos, independentemente do seu nível económico ou social. O seu relator, João Pedro Miller Guerra, fará sempre parte da nossa memória como o líder de um grupo de médicos visionários que definiram a missão mais nobre para a Saúde no nosso país.

Desde 1982, as Carreiras Médicas negociadas com o Ministério da Saúde e os Sindicatos Médicos, permitiram plasmar na legislação um conjunto de regras e princípios que se revelaram estruturantes para o sucesso do SNS, com implicações positivas para a organização dos cuidados de saúde e para a defesa da dignidade e dos direitos dos doentes e dos médicos.

Como documentos essenciais, não posso deixar de referir o Decreto-Lei 73/90 e os Decretos-Lei 177 e 176/2009, que culminaram numa Carreira Médica única, organizada por áreas de exercício profissional, incluindo medicina hospitalar, medicina geral e familiar, saúde pública, medicina legal e medicina do trabalho.

A Carreira Médica, alicerçada na existência de concursos públicos, tem sido essencial no desenvolvimento técnico e científico dos médicos que trabalham no SNS, e constitui um requisito e estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação inter pares e reconhecimento institucional. Permitiu o desenvolvimento de um sistema de

especialização e formação pós-graduada de sucessivas gerações de médicos, com repercussões comprovadas na qualidade dos cuidados de saúde e refletidos em vários indicadores de saúde populacionais, conforme evidenciado pelos relatórios anuais da OCDE.

É amplamente reconhecido e documentado o valor insubstituível da Carreira Médica na qualidade da formação médica especializada e na capacidade de resposta assistencial. No entanto, apesar da evolução positiva verificada nos últimos anos ao nível da investigação e formação médica contínua, ainda existe um caminho considerável a percorrer.

A aplicação prática da Carreira Médica, com respeito pelos seus princípios fundadores, constitui a salvaguarda da estabilidade profissional e dos direitos e deveres dos médicos. É um património da nossa Saúde que deve ser preservado e acarinhado. Mas, desde há vários anos que a Carreira Médica tem sido adulterada por incumprimento, com particular incidência nos anos mais recentes.

As consequências resultantes da contenção da despesa no setor da saúde estão bem documentadas nos relatórios de alguns estudos e inquéritos realizados durante 2015. Todos apontam, com mais ou menos gravidade, para uma degradação significativa das condições de trabalho associada a várias insuficiências e deficiências no SNS, com reflexos negativos na prática médica, na formação e na qualidade dos cuidados de saúde. As consequências diretas para os profissionais de saúde e para os doentes ainda estão a ser detalhadamente avaliadas, como é o caso da elevada incidência de síndrome de exaustão.

O estudo da socióloga Mariana Ferreira¹, envolvendo médicos entre os 55 e os 65 anos, demonstrou que 99,1% admitia continuar a trabalhar pelo apreço do exercício

da atividade e que 78,1% manifestava vontade de prolongar a sua atividade profissional. Um sinal de boa esperança. Mas, a verdade dos factos é preocupante e deixa algumas pistas para os desafios que temos de enfrentar... Desde 2011, milhares de médicos optaram pela aposentação antecipada. Centenas optaram por emigrar. Outros tantos optaram por trabalhar apenas no setor privado.

Dados publicados em 2011 pela Federação Europeia de Médicos Assalariados (FEMS)² mostraram que Portugal é um dos países da Europa em que os médicos têm salários mais baixos. De resto, a despesa pública com a Saúde (orçamento de Estado) representou, em 2015, apenas 5,9% do PIB.

O que mudou então para que, desde 2011, tantos médicos tenham decidido trabalhar fora do SNS?

A desqualificação e a forma como muitos médicos foram e são tratados pela tutela, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos disfuncionais, o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde, as constantes transformações legislativas no que respeita o acesso à aposentação e o incumprimento na aplicação prática e transparente da Carreira Médica, ajudam a explicar a maioria daquelas decisões.

Hoje, os desafios principais centram-se no investimento na saúde e nas pessoas. Nesta medida, a valorização plena da Carreira Médica pode, mais uma vez, constituir o motor da mudança necessária.

Uma Carreira que sirva os interesses dos doentes e dos médicos. Que contribua para diminuir o erro em saúde, nos setores público e privado. Centrada na qualidade e no mérito, sem excluir a capacidade de liderança e de gestão.



Em que a prestação de provas públicas (concursos) seja regular, atempada e transparente, permitindo a progressão profissional sem atrasos e atropelos, em todas as etapas existentes, com observâncias das posições remuneratórias nas categorias.

Em que os graus de qualificação sejam equivalentes em número às categorias profissionais. A progressão na Carreira não deve estar apenas dependente da existência de vagas (acesso a categorias), mas da qualidade do currículo demonstrada em provas públicas.

Em que as condições de trabalho sejam especificamente salvaguardadas e consagradas, de acordo com a legislação existente ou a produzir.

Em que seja possível optar por um regime de dedicação permanente ou exclusiva, devidamente remunerado.

Em que os conflitos de interesse sejam eliminados e as incompatibilidades objetivamente determinadas.

Em que o mérito e a transparência sejam devidamente consagrados para acesso a cargos de direção. Em que seja objetivamente possível garantir a humanização da medicina, a formação médica nas suas diferentes facetas, o ensino médico, a investigação e o desenvolvimento profissional contínuo.

Em que exista equidade na aplicação das regras definidas e em que as dúvidas que possam subsistir sejam esclarecidas de forma clara.

O futuro do SNS depende do reforço e vitalidade da Carreira Médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferreira, M. (2015). "SAIR BEM – Médicos e Enfermeiros nos Trajetos Finais das Suas Vidas Profissionais. Vialonga: Coisas de Ler Edições. Formação. Saúde e Bem-estar, Lda.
2. Enrico Reginato, Rosario Grosso. (2011). "European Hospital Doctor' Salaries. FEMS.

Breves conclusões acerca da Inte – Unidades Locais de Saúde

Ruben Loureiro*, Eduardo Brou** e Adalberto Campos Fernandes***

Doutorando em Gestão*, Escola Superior de Gestão de Tomar (Orientador)** e Escola Nacional de Saúde Pública (Orientador)***

Autores

Segundo Grone e Garcia-Barbero (2001) cit. in Costa & Santana (2008) um dos importantes desafios dos sistemas de saúde europeus é a integração de cuidados, área em que é de salientar um desenvolvimento significativo, ocorrido nas décadas de 70 e 80.

Em Portugal, foram vários os movimentos de reforma que ocorreram no sentido de integrar cuidados de saúde, inicialmente através de Unidades de Saúde, posteriormente Sistemas Locais de Saúde e por último através das Unidades Locais de Saúde (ULS).

O conjunto de fenómenos demográficos, sociais e técnicos tem sido, possivelmente, a principal influência para uma adaptação da resposta por parte das organizações de saúde, através da integração vertical. Estas alterações são, segundo Lopes et al., (2014), as seguintes:

- Envelhecimento da população: o prolongamento da duração média da vida humana traz um aumento no consumo de recursos em saúde;
- Mudança epidemiológica: será previsível uma maior prevalência de doenças crónicas, associadas a condições de multimorbilidade e de comorbilidades, que exigirá uma resposta estrutural que contemple uma gestão programada, definida em função dos níveis de risco de cada utente e, sobretudo, um melhor nível de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados;
- Alteração do perfil dos consumidores: a crescente globalização poderá potenciar uma multiplicidade de origens étnicas e culturais, que carecerá de uma maior abertura na perceção das necessidades de cada grupo específico. Por outro lado, as expectativas dos consumidores traduzi-

dos em procura de valor – preço e qualidade – relativamente aos seus sistemas de saúde nunca foram tão elevadas;

- Avanços científicos no tratamento da doença: para além dos problemas éticos habitualmente associados ao desenvolvimento da tecnologia clínica e biológica, espera-se um crescimento dos custos inerentes a novas tecnologias;
- As tecnologias de informação: aplicação ao setor poderá deter o impacto ao nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, permitindo melhores e mais rápidas decisões;
- Alteração da definição de prestação de cuidados de saúde: o conceito de “prestação” terá tendência a mudar para um novo paradigma, mais focalizado no “bem-estar geral do doente”;
- Melhoria do nível de qualidade assistencial: minorar práticas erróneas, menos invasivas, indolores, onde as fronteiras entre a organização e o indivíduo sejam minimizadas;

Com o modelo de integração vertical deverá proceder-se a uma alteração substancial, que se direccionará não só sobre a variável da oferta, mas também sobre as variáveis de procura, ou seja, o elo de ligação a acompanhar e a gerir ao longo da produção deverá ser, em primeira instância, o utente (Lopes et al., 2014). Como nos mostra a Figura 1, a fusão entre as necessidades dos utentes e os recursos disponíveis para serem tratados leva à existência deste modelo integrado, diminuindo desejavelmente as falhas existentes neste mercado e aumentando a qualidade da prestação.

Como já se verificou, para uma resposta às novas necessidades da sociedade e uma melhoria na eficiência produtiva e económica na área da saúde, tem-se registado desde 1999

um aumento na criação de ULS em Portugal (exemplo de integração vertical), com objetivo de integrar diferentes áreas (cuidados primários, secundários e terciários).

Pode-se constatar que o modelo existente, embora não esteja corretamente justificado e enquadrado, julga-se ter sido concebido – possivelmente com base nas barreiras de acesso aos cuidados de saúde – na tentativa de minimizar as desigualdades existentes nas regiões do “Interior”. Verifica-se assim, que este modelo integrado verticalmente foi aplicado maioritariamente nas regiões mais desfavorecidas em aspetos principais como acesso e população.

Considerando que não existem estudos que fundamentem as ULS, julgou-se que poderiam ser uma melhor resposta aos problemas da saúde em várias regiões. Independentemente dos motivos para a constituição das ULS, é importante afirmar que existem problemas na área da saúde propícios à eventual criação de unidades de saúde integradas verticalmente, existindo assim, após análise preliminar realizada no estudo (dissertação de mestrado), fundamento económico para a integração vertical (este fundamento económico prende-se, essencialmente, com o facto de existirem interdependências tecnológicas e custos de transação).

Para uma análise mais sustentada, foi abordado como pilar fundamental para o desenvolvimento da investigação, o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) de fevereiro de 2015, acerca do desempenho das ULS. De forma a compreender e verificar os resultados contraditórios (alguns resultados da ERS foram menos favoráveis para as ULS) em algumas áreas (detalhados a seguir), aplicou-se um questionário a pro-

Integração Vertical em Saúde

fissionais das ULS existentes em Portugal – essencialmente a gestores de topo – onde se pretendeu averiguar a necessidade da integração nestas organizações de saúde, assim como identificar o grau de integração existente no modelo ULS e também identificar falhas na sua implementação.

INTEGRAÇÃO VERTICAL RESULTADOS DE ESTUDOS PUBLICADOS

A gestão integrada que resulta na constituição das ULS prevê uma série de melhorias baseadas na produção integrada e no aproveitamento de *output* da estrutura precedente, podendo-se – segundo Samuelson (1988) cit. in Santana (2011) – afirmar a presença de integração vertical quando pelo menos uma das organizações utiliza o seu *input* como *output* da outra.

Em 2010, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) indica que em contexto internacional, as tendências apontam no sentido da aplicação de modelos com maior integração de cuidados em que as diferentes estruturas se articulam entre si numa visão sistémica, sustentados por modelos de contratualização e financiamento que assegurem o sucesso do processo de gestão da mudança, abrangendo a participação do utente e dos profissionais com a integração da informação, melhorando a educação para a saúde e readequando geograficamente a oferta e a procura de cuidados.

Com o passar dos anos, têm surgido vários estudos para avaliar a resposta das ULS, comparando estas estruturas com unidades do modelo não integrado. Em 2011, a ERS emitiu um parecer onde se lia que “num hospital pertencente a uma ULS, o número de primeiras consultas de especialidade

Figura 1: Integração de Cuidados - fatores de oferta e procura



Fonte: Adaptado de ERS (2015) e Grone & Garcia-Barbero (2001)

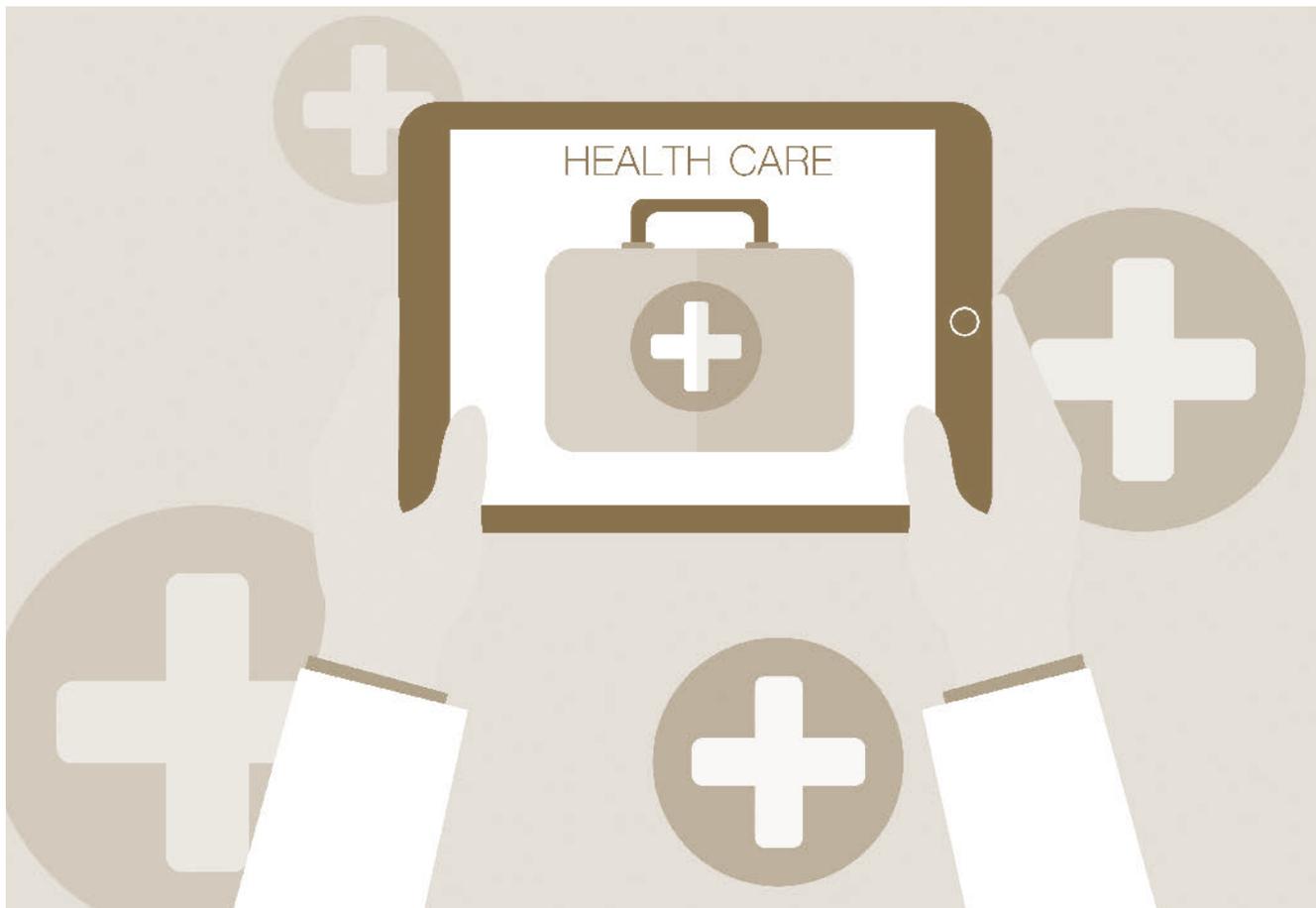
hospitalar realizadas fora do tempo (TMRG) aumenta, o tempo médio e o tempo máximo entre o pedido de consulta até à data do seu agendamento também aumentam, quando comparados com os hospitais que não pertencem a este modelo de gestão integrado”. Neste contexto, a ERS refere que tal resultado revela um problema de acessibilidade, “podendo este modelo de integração não estar a produzir uma resposta eficiente no que respeita às primeiras consultas de especialidade hospitalar” (ERS, 2011, p.69).

Já em 2013, as ULS continuam, segundo a ERS, sem avaliação adequada do desempenho e resultados comparativamente aos modelos não integrados. Atualmente, já existem mais alguns dados relativamente à integração vertical e aos seus resultados. A ERS emite no início de 2015 um estudo de desempenho destas unidades, onde pode concluir-se o seguinte:

- O tempo de estadia em internamento é maior, nos hospitais integrados;

- Ao nível da atividade hospitalar verificou-se, no período de 2010 a 2013, uma tendência de crescimento da proporção de cirurgias realizadas em ambulatório no total de cirurgias, nos dois grupos de hospitais, embora os hospitais não integrados em ULS exibam em todos os anos uma proporção média de ambulatório superior à dos hospitais integrados em ULS.

Por último, foi realizado um estudo à eficiência da interação entre cuidados primários e hospitalares, onde se constatou que quase todas as ULS apresentaram valores piores do que os exibidos pelas unidades não integradas. Esta fundamentação sugere que os eventuais ganhos ao nível da coordenação entre cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares proporcionados pela criação de ULS não se estão a refletir numa redução de hospitalizações desnecessárias. O atual paradigma da saúde em Portugal e os fenómenos sociais e demográficos que se têm observado nos últimos anos



tem levado a uma alteração estrutural do SNS. De modo a obter ganhos em saúde, existiram várias formas de responder aos problemas socio demográficos que o país tem sofrido, onde a possível solução mais implementada nos últimos anos foi as ULS. Contudo, as ULS surgem com base na integração vertical entre os diversos tipos de cuidados, mas sem existência (pelo menos de conhecimento público) de estudos prévios de avaliação das condições para a formação destas ULS, facto que a Dissertação de Mestrado (Loureiro, Brou & Fernandes, 2015) tentou colmatar.

CONCLUSÃO

Depois da implementação do modelo de integração vertical, são esperadas melhorias contínuas – porque existe capacidade para eficiência produtiva (pois existem fundamentos económicos para a integração vertical) – e um aumento positivo dos resultados das organizações de saúde. Contudo, no caso concreto das ULS, pode-se concluir (através dos dados recolhidos em questionário) que ainda tem pouca fundamentação legal e poucas orientações organizativas de modo a obter resultados completamente diferenciados das demais estruturas de saúde não in-

tegradas. Porventura, existem vários aspetos em que se pode considerar que o modelo é favorável e que trará essencialmente pontos fortes do ponto de vista assistencial, embora existir ainda falta de investimento nos CSP e na utilização da telemedicina.

Por fim, conclui-se que o tempo de experiência do modelo poderá ser um influenciador de bons resultados nas ULS, pois existe claramente uma opinião concordante com as “boas práticas da integração” na ULS de Matosinhos, o que poderá apresentar o “tempo” como um fator essencial para a consolidação da integração nestas unidades.

BIBLIOGRAFIA

Entidade Reguladora da Saúde, 2011. *Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde*, Porto: ERS.
Entidade Reguladora da Saúde, 2015. *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*. Porto: ERS.
Lopes, H. et al., 2014. *Relatório do Grupo de Trabalho*

criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental, s.l.: Ministério da Saúde.
Loureiro, R., Brou, E., & Fernandes A.C., 2015. Dissertação de Mestrado: *Integração Vertical em Saúde*. Tomar: Escola Superior de Gestão de Tomar.
Santana, R. & Costa, C., 2008. *A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e orga-*

nizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, pp. 29-56.
OPSS, 2010. *Relatório Primavera*, Lisboa: OPSS.
Santana, R., 2011. *O financiamento por capitação ajustada pelo risco em contexto de integração vertical de cuidados de saúde: a utilização dos consumos com medicamentos como proxy da carga de doença em ambulatório*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.



Notícias

Saldo do SNS recupera 77,1 milhões de euros em abril

“O saldo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) referente a abril situou-se em 99,8 milhões de euros negativos, representando uma melhoria de 77,1 milhões de euros face ao período homólogo. A execução financeira divulgada pela Direção-Geral do Orçamento (DGO) revela que se registou um aumento de 1,9% na despesa e de 4,8% na receita.”

Fonte: *Univadis*, 27 de Maio de 2016

Médicos recrutados ficam automaticamente integrados na primeira posição remuneratória

“O Governo aprovou um regime especial e transitório, a vigorar durante três anos, que visa «garantir a atribuição de médico de família a todos os portugueses», bem como «assegurar prioritariamente profissionais» em zonas menos atrativas e carenciadas.

Os médicos que vierem a ser recrutados ficam, independentemente da qualificação profissional detida, na primeira posição remuneratória da categoria de assistente da correspondente carreira, estabelece o Decreto-Lei publicado hoje no Diário da República.”

Fonte: *Univadis*, 8 de Junho de 2016

Governo quer dar médico de família a mais de 600 mil pessoas já em Julho

“Vai ser o concurso mais rápido dos últimos tempos, se tudo correr como previsto. O Ministério da Saúde abriu 338 vagas para contratação de jovens médicos de família nos locais mais carenciados do país, sobretudo na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve. Os médicos devem começar a trabalhar já a partir do início de Julho e a sua contratação (se todas as vagas forem preenchidas) permitirá que mais de 642 mil pessoas passem a ter clínico assistente nos centros de saúde, segundo adiantou ao *Público* a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).”

Fonte: *Público*, 10 de junho de 2016

Governo quer que diretores de serviço passem a estar sujeitos a concurso público

“O Ministério da Saúde tem a intenção de mudar o sistema de entrada dos diretores de serviço dos hospitais, passando estes a estarem sujeitos a concurso público em vez serem nomeados, avançou hoje o ministro Adalberto Campos Fernandes, na Comissão Parlamentar de Saúde (CSP).”

Fonte: *Univadis*, 22 de Junho de 2016

O Balanced Scorecard nos CSP: no desenvolvimento de um sistema Uma revisão sistemática

Américo Varela*, Ezequiel Pinto**

Autores

Licenciado em Medicina. Assistente Graduado Medicina Geral e Familiar. USF Monte de Caparica, ACES Almada-Seixal*, Professor Assistente e Diretor da pós-graduação em Dietética e Nutrição e membro do Conselho Pedagógico da Escola de Saúde do Centro de Estudos e Desenvolvimento em Saúde, Universidade do Algarve**

RESUMO

Introdução: verifica-se a necessidade de desenvolver um sistema estratégico de gestão nos cuidados de saúde primários (CSP), facilitador da comunicação entre médicos de família (MF), doentes e administração. O Balanced Scorecard (BSC) é um sistema de gestão estratégica que pode ser utilizado neste processo e esta revisão sistemática da literatura pretende verificar a sua aplicação nos CSP.

Objetivo: identificar e analisar as determinantes da comunicação entre o MF, o utente e a administração no desenvolvimento do sistema de gestão estratégica BSC.

Métodos: fez-se uma pesquisa nas bases de dados informáticas "Google Académico", "Pubmed", "B-ON" e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Definiu-se, um intervalo temporal entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015 para a pesquisa.

Resultados: do total de 2.256 artigos resultantes da pesquisa na literatura científica, sete satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão delineados na metodologia deste artigo.

Conclusões: confirmou-se que o BSC introduz, ao longo do tempo, mecanismos de melhoria da comunicação entre organizações, administradores de saúde, profissionais da saúde e doentes.

INTRODUÇÃO

O Balanced Scorecard (BSC), desenvolvido pelos professores da Harvard Business School, Robert Kaplan e David Norton, em 1992, é considerado uma das metodologias mais importantes para avaliação de desempenho e implementação de estratégias,

tendo evoluído de um simples sistema de medição de desempenho para um sistema de gestão estratégica, posicionando-se ultimamente como um sistema integrado de medição e de gestão da mudança. Kaplan (2002), na sequência de entrevistas com os gestores de organizações de saúde que aplicam o BSC destaca a motivação como base do sucesso da implementação deste sistema nas organizações de saúde e define potenciais benefícios do BSC:

- Fornece mecanismos de comunicação e colaboração com o cliente;
- Alinha a tendência da organização numa estratégia focada no cliente;
- Facilita, monitoriza e avalia a implementação da estratégia;
- Atribui responsabilidade pelo desempenho a todos os níveis da organização;
- Fornece feedback contínuo sobre a estratégia e promove ajustes para a mudança (Inamdar, Kaplan, & Bower, 2002).

O BSC deve ser utilizado como ferramenta para abrir a organização ao exterior e fornecer uma base para a melhoria do diálogo, o que consequentemente aumenta as exigências em matéria de gestão (Kollberg & Elg, 2011).

A comunicação é indispensável ao alinhamento estratégico e deve ser facilitada pela implementação de um sistema de gestão estratégica, definido pela administração, e funcionar como objetivo para os restantes níveis, sejam eles serviços, equipas de trabalho ou profissionais de saúde (Galas & Ponte, 2006). Pretende-se que os profissionais de saúde, e restantes colaboradores, reforcem ou coloquem em prática uma estratégia de

aproximação com o utente, promovendo a gestão do relacionamento, prestando cuidados de saúde de forma global, integrada e personalizada, desenvolvendo vínculos e laços com os utentes, com a sua família e comunidade onde se inserem (Gaspar, 2009).

A fundamentação para a execução desta revisão sistemática assenta nesta potencial importância de um sistema de gestão estratégica para os CSP, apoiado num alinhamento estratégico, como o referido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que se traduz em estratégias para a capacitação do cidadão e incremento da literacia em saúde, de um plano de estudos dos profissionais de saúde que deverá incluir unidades curriculares sobre a avaliação de competências de comunicação pessoal e social, humanização dos cuidados, relação com o doente, bem como em educação e promoção da saúde e, por conseguinte, que inclua estratégias de comunicação que procuram garantir que os agentes assumem direções comuns para a concretização de objetivos, com maior valor em saúde (DGS 2012/DGS, 2013).

Assim, este trabalho de revisão sistemática pretende caracterizar a implementação do BSC na área dos CSP através da identificação e análise das determinantes da comunicação entre o médico de família, o utente e a administração no desenvolvimento do sistema de gestão estratégica BSC.

METODOLOGIA

Fez-se uma pesquisa nas bases de dados informáticas "Google Académico", "Pubmed", "B-ON" e no RCAAP em duas etapas. A primeira consistiu em utilizar os termos "Balanced

O papel da comunicação na gestão estratégica.

Scorecard” associados, com o descritor “e”, aos termos “saúde” ou “cuidados de saúde primários”. Na segunda etapa, utilizou-se as palavras “Balanced Scorecard” associadas, com o descritor “and”, aos termos “health” or “primary care”. Definiu-se, em ambas as etapas, um intervalo temporal para a pesquisa entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015. Incluíram-se neste estudo todos os artigos publicados em revistas científicas com revisão por pares, teses de mestrado e de doutoramento, em língua portuguesa e inglesa que analisassem ou reportassem a implementação do BSC em unidades de saúde prestadoras de cuidados de saúde primários.

A pesquisa realizada em língua portuguesa resultou em 138 registos no “Google Académico” e 30 registos no RCAA. Destes foram excluídos, um documento, que consistia numa dissertação de doutoramento, por um autor brasileiro e dois outros, que consistiam em duas teses de mestrado de autores portugueses. Estes documentos, após a sua revisão integral, foram excluídos por terem um foco exclusivamente teórico. A pesquisa realizada em língua inglesa resultou em 63 registos na “Pubmed”, 365 registos na “B-ON” e 1.620 artigos no “Google Académico”.

Finalmente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se, para análise, um total de sete artigos. Os autores do presente artigo leram, de forma independente, os sete documentos identificados por esta estratégia de pesquisa, que analisaram tendo em conta o tipo de estudo levado a cabo e as suas limitações

Os estudos que apresentaram uma amostra com mais de 100 elementos, um instrumento

de inquirição validado externamente e uma análise estatística multivariada, foram considerados de elevada qualidade. Nos casos em que a análise estatística multivariada não estava incluída, mas os restantes critérios estavam cumpridos, os estudos foram considerados de qualidade moderada. Nos casos em que não se verificou a existência de algum destes últimos critérios, os estudos foram considerados como sendo de baixa qualidade. O facto de os estudos selecionados apresentarem heterogeneidade e inconsistência nos resultados impediu a sua inclusão sob uma única medida, inviabilizando a realização de uma meta-análise.

RESULTADOS

Do total de 2.256 artigos resultantes da pesquisa na literatura científica, sete satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão delineados na metodologia deste artigo.

O primeiro país a utilizar a abordagem BSC foi o Afeganistão, tal como reportado por Hansen e col. (2008), e teve como objetivo desenvolver um sistema de controlo inovador para monitorizar as perceções de qualidade do cliente. Os resultados indicam elevada consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,84. A correlação entre a escala de qualidade percebida e a satisfação geral do doente é de 0,51, indicando uma validade concorrente razoável. A qualidade percebida do cliente é maior quando os profissionais de saúde aprofundam a histórica clínica e a realização de exame físico (6,31) para o maior quintil quando comparado com o menor, ($P < 0,001$) e a comunicação com os doentes (4,36) para maior quintil em comparação com o menor, ($P < 0,001$). A qualidade percebida

do doente também é maior quando o profissional de saúde a prestar cuidados é um médico (4,02, $P < 0,001$).

No trabalho realizado na Indonésia por Chan e col. (2010), o foco essencialmente prático permitiu observar, em cenário de reabilitação de desastre, melhorias nos serviços de saúde após a implementação do BSC, nomeadamente uma maior concentração de profissionais na medicina preventiva e um aumento na realização de eventos, como palestras de promoção da saúde e feiras de saúde (Chan, Parco, Sihombing, Tredwell, & O'Rourke, 2010). Observou-se também uma melhoria da comunicação entre a administração, os profissionais e os utentes residentes no centro de alojamento. A satisfação dos doentes aumentou de 68% para 84%; a percentagem de utentes residentes nos centros de alojamento temporário que tiveram atividades de sensibilização aumentou de 14% para 85%; houve uma redução do número de indicadores do BSC (definição de prioridades) para manter o ritmo adequado das informações prestadas e das intervenções, e fizeram-se reuniões com regularidade para discutir os resultados e decidir prioridades.

No segundo estudo, realizado no Afeganistão por Edward e col. (2011), houve um aumento do tempo médio gasto por doente na consulta, passando de uma duração média de 19,9 minutos em 2004 para 20,3 minutos em 2006 ($p=0,02$). Houve também um aumento progressivo da média mensal de visitas de novos doentes, com um valor máximo de 85 doentes, registado em 2008, bem como no indicador Conselhos de Saúde a Doentes Ativos nas unidades de saúde, passando a

pontuação média de 34,1 em 2004 para 49,0 em 2008 ($p < 0,01$). A Satisfação e a Perceção de Qualidade pelo Doente, determinantes críticas da utilização de serviços, obtiveram resultados elevados (> 70 , num máximo de 100 pontos) em todos os anos da intervenção (Edward et al., 2011).

A investigação efetuada por Gauld e col. (2011.) permite obter e comparar resultados do BSC (64 indicadores) na população da Nova Zelândia. O sistema de saúde da Nova Zelândia recebeu uma pontuação de 71 (num máximo de 100 pontos). Destacase a pontuação obtida na qualidade das consultas médicas, incentivando-se os doentes a fazer perguntas (92,1), explicando-se as opções de tratamento (94,1) e envolvendo-se os doentes nas decisões (95,9). Dos 17 indicadores relacionados com acesso aos serviços de saúde (pontuação global – 63,9), 11 dizem respeito aos CSP. Obtiveram-se baixas pontuações no “número de MF por mil habitantes” (51,0) e “populações a mais de 30 minutos em relação às unidades de prestação de CSP” (100), elevadas pontuações para “número de adultos com MF” (93) e no “acesso ao MF dentro de 24 horas” (81,6). As crianças têm ainda melhor acesso aos cuidados primários e quase 98% tem médico de família (Gauld et al., 2011).

Na pesquisa realizada por Khan e col. (2013) no Bangladesh, destacam-se os resultados obtidos no indicador Conselhos de Saúde a Doentes Ativos nas unidades de saúde, o qual, em 2009, teve a pontuação média de 53,7 ($p < 0,01$), mais elevada do que em estudos realizados anteriormente. A Satisfação e a Perceção de Qualidade pelo Doente tiveram resultados muito bons (> 85 pontos num máximo de 100 pontos) em 2009 (Khan, R. Hotchkiss, Dmytraczenko, & Zunaid Ahsan, 2013).

No estudo BHOMA, levado a cabo na Zâmbia (Mutale et al., 2014), a maioria das unidades de saúde foram classificadas como rurais (81% em Chongwe, 71% em Kafue e 57% em Luangwa). Duas delas faziam parte de hospitais missionários (uma em Chongwe e a outra em Luangwa). As principais diferenças nos resultados do BSC entre o grupo da intervenção (I) e o grupo controlo (C), dentro das unidades de saúde, foram registadas nos seguintes domínios:

- Formação (média I/C: 87,5/61,1; diferença de 23,3; $p=0,031$);

- Observação clínica de adultos (média I/C: 73,3/58,0; diferença de 10,9; $p=0,02$);
- Comunicação de informações sobre saúde (média I/C: 63,6/56,1; diferença de 6,8; $p= 0,003$).

A Satisfação do Adulto apresenta uma correlação com as informações sobre saúde, ($r=0,29$; $p=0,02$). Os resultados de Governança e de Motivação dos Profissionais não diferiram entre os locais de controlo e de intervenção (Mutale et al., 2014).

Em novo estudo realizado no Afeganistão por Edward (2015) continua a obter-se, em relação à Satisfação e Perceção de Qualidade pelo Doente, pontuações máximas (10 em todas as avaliações) para as competências e desempenho do MF (exame objetivo adequado, cortesia, qualidade do atendimento considerando os recursos disponíveis e aconselhamento ao doente) e pontualidade e disponibilidade da equipa (Edward et al., 2015).

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática confirma a existência de poucos estudos sobre a aplicação prática do modelo BSC nos CSP.

Os resultados mostraram que a intervenção BHOMA (Mutale et al., 2014) levou a diferenças significativas entre os grupos da intervenção e os do controlo, com vantagem para os primeiros. Verificou-se melhorias nos domínios da Observação Clínica dos Adultos, da Formação e Comunicação de Informação e do Aconselhamento sobre Saúde. Essas diferenças permaneceram significativas quando a análise foi estratificada por distrito.

Na pesquisa realizada no Bangladesh (Khan et al., 2013), salienta-se o excelente resultado obtido em relação à Satisfação e Perceção de Qualidade pelo Doente e o facto da comunicação ao nível de Conselhos sobre Saúde a Doentes ficar aquém do esperado.

Nos estudos efetuados no Afeganistão em 2008 e 2015, os melhores resultados na perceção de qualidade do cliente, explicado pelo modelo estratégico, relacionam-se com a interação entre o doente e o profissional de saúde, e não com as características das instalações. No estudo realizado em 2015, os resultados foram positivos em termos de participação da comunidade, nomeadamente nas oportunidades de partilhar de opiniões e experiências, na capacidade de identificar e enfrentar em conjunto os problemas através

do desenvolvimento de planos de ação. Por outro lado, melhorou a utilização dos serviços pelos doentes. O rigor do médico enquanto determinante da qualidade percebida pelo doente, o que aliás é em grande parte, mas não completamente, consistente com a literatura existente. Vários estudos concluem que o comportamento do médico, e dos outros profissionais de saúde está associado à qualidade percebida pelo doente. Porém, esta qualidade percebida pelo doente está mais ligada a aspetos relacionais e de comunicação do que técnicos (Rao, Peters, & Bandeen-Roche, 2006), (Aldana, Piechulek, & Al-Sabir, 2001), (Ehiri, Oyo-Ita, Anyanwu, Meremikwu, & Ikpeme, 2005), (Hanson, Yip, & Hsiao, 2004), (Haddad, Fournier, Machouf, & Yatar, 1998). Esta distinção, geralmente desenhada na literatura, poderá não ser significativa do ponto de vista dos doentes, dado que estes podem sentir a história e exame objetivo como aspetos da relação, complementares a uma comunicação adequada.

No estudo realizado no Afeganistão em 2011 (Edward et al., 2011), o BSC foi fundamental para aumentar a transparência do processo das tomadas de decisão e para a criação de uma cultura de responsabilidade dos líderes políticos para gerir a remuneração baseada no desempenho. A melhoria nas tendências de desempenho ajudou a demonstrar resultados positivos para o público e a reconstruir a confiança no sistema de cuidados de saúde. Apesar destas melhorias, o tempo médio de consulta por doente diminuiu ao longo dos anos, o que pode ter resultado de maiores níveis de utilização dos serviços, após a retirada das taxas moderadoras e que, como se observou, no estudo efetuado em 2015, acabou por melhorar. O baixo nível de desempenho no estudo de 2011 em Comunicação e no Aconselhamento ao Doente, em comparação com outras dimensões, apontou para a necessidade formativa nesta área e de melhoria na disponibilidade do profissional de saúde.

No estudo de 2015, confirmam-se substanciais melhorias nos resultados da perceção dos doentes em relação à simpatia com que foram orientados, existência de planos terapêuticos e disponibilidade e pontualidade de médico e enfermeiros. A diminuição do tempo médio gasto por doente está muitas vezes ligada à pressão existente para ver mais doentes. O baixo nível de desempenho nesta área



é um achado consistente noutros lugares. O tempo gasto na consulta e no aconselhamento do doente é um preditor significativo da qualidade dos cuidados e mostrou uma tendência decrescente ao longo dos anos, embora tenha registado uma melhoria em 2008. Existiu uma necessidade de investimento ao nível do trabalho em equipa, o que ficou demonstrado com os resultados obtidos em 2015, e permitiu melhorar a qualidade de aconselhamento em saúde.

Na investigação efetuada na Nova Zelândia, conduzida por Gauld e col. (2011), a abordagem BSC revela excelentes resultados na comunicação entre médico e doente. Destaca-se a pontuação obtida nos indicadores de qualidade das consultas médicas, nomeadamente no incentivo aos doentes para fazerem perguntas (92,1) e na explicação das opções de tratamento (94,1).

A comparação direta com outros países não foi possível. No entanto, registaram-se no Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português efetuado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2015 resultados positivos com pontuações elevadas em variáveis muito semelhantes. Por exemplo, no estudo realizado na Nova Zelândia os doentes foram envolvidos nas decisões em 95,9 numa pontuação máxima de 100. No estudo realizado pela DGS em Portugal, cerca de 87% dos inquiridos consideraram que o médico os envolveu nas decisões sobre os cuidados de saúde e os tratamentos. Este valor situa-se igualmente acima da média da OCDE (86,1%) (Departamento da Qualidade na Saúde, 2015).

Na abordagem BSC efetuada na Nova Zelândia analisa-se, de uma forma simples, o desempenho global deste país (Gauld et

al., 2011). Por exemplo, nos resultados obtidos no BSC, em relação ao acesso a CSP, existe motivo de preocupação. Estes dados são relevantes e foram considerados nas decisões em política de saúde. O BSC neste país tem sido útil para acompanhar os progressos obtidos.

O estudo efetuado na Indonésia (Chan et al., 2010) sugere que as intervenções estimuladas e acompanhadas pelo BSC mostraram melhorias mensuráveis em Medicina Preventiva, Saúde da Criança, Capacitação Clínica dos Profissionais e Disponibilização de Medicamentos Essenciais. As principais conclusões e recomendações deste trabalho, realizado num terreno pós-catástrofe, são:

- Redução do número de indicadores medidos pelo BSC;
- Colheita de dados a cada dois meses para

manter o ritmo das intervenções, tendo a oportunidade de interagir e fazer o ensino a moradores do centro de alojamento, de modo a diminuir o volume e a frequência de novas informações em relação à fase inicial da intervenção;

- Realização de reuniões regulares para discutir os resultados, promover a divulgação de ideias e determinar prioridades clínicas, tendo assim a oportunidade de melhorar a atenção no foco, nas prioridades e na gestão de recursos.

O BSC permitiu melhorar a comunicação entre os moradores do centro de alojamento, o pessoal clínico e o de gestão. Neste caso, o BSC foi um instrumento de gestão eficaz na melhoria rápida da prestação de cuidados de saúde num cenário de reabilitação pós-catástrofe.

Os estudos e revisões da literatura sobre o BSC, realizados até ao momento nos países europeus, analisam a implementação deste método quando aplicado à gestão estratégica de hospitais e outras organizações de saúde privadas e públicas, e não enquanto validado e aplicado em utilizadores e prestadores de CSP.

CONCLUSÕES

Esta revisão sistemática da literatura pode ser útil para aqueles que procuram aprender com as experiências dos outros na implementação do BSC na área da saúde e, em particular, nos CSP.

Nos estudos analisados, o BSC dá particular atenção à comunicação dentro da organização e com o doente, à melhoria contínua de qualidade e às decisões baseadas em dados quantitativos. Nos casos analisados, uma das principais diferenças (com resultados favoráveis na aplicação do BSC às unidades de CSP observadas), em relação aos grupos controlo e de intervenção ao longo do tempo, foi no domínio do aconselhamento sobre saúde, comunicação médico-doente e desempenho da organização.

Embora a situação de cada organização seja única, existem alguns ensinamentos retirados do BSC que podem ser importantes para profissionais de saúde, doentes e gestores. Os estudos analisados provaram que esta metodologia tem potencial para orientar investimentos destinados à melhoria do sistema de saúde.

Identificaram-se fatores que poderão influenciar a eficácia da comunicação, nomeadamente a pressão efetuada para o médico ver mais doentes, o que leva à redução do tempo de consulta e a um menor desempenho do MF no aconselhamento sobre saúde. Por outro lado, as oportunidades de interação pelo médico, integrado numa equipa, associadas à realização da história clínica e exame objetivo, ensino e as informações fornecidas de acordo com o ritmo de intervenções prioritárias podem ter um impacto positivo na comunicação e relação entre doente médico e restantes profissionais da equipa. São

igualmente determinantes da comunicação médico-doente, com resultados excelentes na abordagem scorecard, o incentivo aos doentes para fazerem perguntas, a explicação adequada das opções de tratamento e o envolvimento do doente nas decisões.

Confirmou-se que o BSC introduz, ao longo do tempo, mecanismos de melhoria da comunicação entre organizações governamentais, administradores de saúde, profissionais da saúde e doentes. Não existindo experiência de aplicação do BSC nos CSP em Portugal – e pela existência de inúmeras especificidades no setor público da saúde, e em particular, nos CSP – seria interessante realizar a aplicação BSC adaptada às especificidades, nomeadamente ao nível da missão, visão e objetivos estratégicos das unidades de saúde familiar (USF) e também acompanhar a sua utilização ao longo do tempo. Desta forma, poder-se-ia avaliar a mudança nos comportamentos que a adoção do mesmo induz ou não induz e, mais importante, o seu impacto na eficiência e eficácia. Por outro lado, verificou-se que os estudos efetuados em economias que apresentam dificuldades têm demonstrado sucesso no acesso aos cuidados de saúde e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, essencialmente quando as comunidades são envolvidas e participam na avaliação da perceção do desempenho e na avaliação do BSC.

BIBLIOGRAFIA

Aldana, J. M., Piechulek, H., & Al-Sabir, A. (2001). Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ.*, 79(6), 512–517.

Chan, G. J., Parco, K. B., Sihombing, M. E., Tredwell, S. P., & O'Rourke, E. J. (2010). Améliorer les soins de santé destinés aux personnes déplacées à Aceh, Indonésie: Un tableau de bord prospectif. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(9), 709–712.

DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016, 3.1 Eixo estratégico cidadania em saúde. *Plano Nacional de Saúde*, 3(3.1), 1–23. DGS. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo.

Edward, A., Kumar, B., Kakar, F., Salehi, A. S., Burnham, G., & Peters, D. H. (2011). Configuring balanced scorecards for measuring health system performance: Evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan. *PLoS Medicine*, 9.

Edward, A., Osei-Bonsu, K., Branchini, C., Yarghal, T. Shah, Arwal, S. H., & Naeem, A. J. (2015). Enhancing governance and health system accountability for people centered healthcare: an exploratory study of community scorecards in Afghanistan. *BMC Health Services Research*, 15(1), 299.

Ehiri, J. E., Oyo-lta, A. E., Anyanwu, E. C., Meremikwu, M. M., & Ikpeme, M. B. (2005). Quality of child health

services in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Child: Care, Health and Development*, 31(2), 181–91.

Galas, E. S., & Ponte, V. M. R. (2006). O Balanced Scorecard e o alinhamento estratégico da tecnologia da informação: um estudo de casos múltiplos. *Revista Contabilidade & Finanças*, 17(40), 37–51.

Gaspar, F. M. (2009). *O Balance Scorecard como instrumento de gestão estratégica adaptado a um serviço de saúde*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Gauld, R., Al-wahaibi, S., Chisholm, J., Crabbe, R., Kwon, B., Oh, T., ... Sohn, S. (2011). Scorecards for health system performance assessment: the New Zealand example. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 103(2-3), 200–8.

Haddad, S., Fournier, P., Machouf, N., & Yatar, F. (1998). What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Social Science & Medicine* (1982), 47(3), 381–94. Retrieved from

Hanson, K., Yip, W. C., & Hsiao, W. (2004). The impact of quality on the demand for outpatient services in Cyprus. *Health Economics*, 13(12), 1167–80.

Inamdar, N., Kaplan, R. S., & Bower, M. (2002). Applying

the balanced scorecard in healthcare provider organizations. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 47(3), 179–95; discussion 195–6.

Khan, M. M., R. Hotchkiss, D., Dmytraczenko, T., & Zunaïd Ahsan, K. (2013). Use of a Balanced Scorecard in strengthening health systems in developing countries: an analysis based on nationally representative Bangladesh Health Facility Survey. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(2), 202–215.

Kollberg, B., & Elg, M. (2011). The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5), 427–445.

Mutale, W., Stringer, J., Chintu, N., Chilengi, R., Mwanamwenge, M. T., Kasese, N., ... Ayles, H. (2014). Application of balanced scorecard in the evaluation of a complex health system intervention: 12 months post intervention findings from the BHOMA intervention: a cluster randomised trial in Zambia. *PLoS ONE*, 9(4).

Rao, K. D., Peters, D. H., & Bandeen-Roche, K. (2006). Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), 414–421.



Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

www.igas.min-saude.pt

A IGAS é o serviço central da administração direta do Estado, que tem por missão assegurar, no âmbito das competências legalmente cometidas ao Governo, o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de atuação, em todos os domínios da prestação dos cuidados de saúde, quer pelos organismos do Ministério da Saúde ou por estes tutelados, quer ainda pelas entidades públicas, privadas ou do setor social.



Portal SNS

www.sns.gov.pt/

O Portal SNS é uma plataforma que fornece acesso a um vasto conjunto de informações e serviços on-line, disponibilizados pelas instituições que integram o SNS e restantes instituições do Ministério da Saúde.



Portal da Saúde da União Europeia

ec.europa.eu/health/index_pt.htm

Este é o sítio da Direção de Saúde Pública e Avaliação de Riscos da Comissão Europeia. Contém informações sobre medidas e decisões tomadas a nível nacional, europeu e internacional para proteger a saúde dos cidadãos, incentivando-os a fazerem escolhas acertadas e a optar por estilos de vida saudáveis. Contém também ligações para bases de dados estatísticas sobre a saúde pública destinadas sobretudo a especialistas.

A concentração/fusão de unidades Efeitos na produtividade

Alexandre Morais Nunes
Doutor em Administração da Saúde, Universidade de Lisboa

Autor

RESUMO

O setor da saúde é um dos setores públicos com maior consumo de recursos em Portugal, cuja dívida se foi acumulando ao longo dos anos. Entre as unidades prestadoras de cuidados de saúde, os hospitais destacam-se pelo lado negativo com um aumento de despesa que gerou avultados pagamentos em atraso.

Com o intuito de tornar as unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) mais eficientes, a política de saúde enveredou, a partir de 2005, pelos processos de fusão/concentração de unidades de saúde. Foi assim reconhecido o problema e atribuída importância à eficiência, à produtividade e à qualidade dos cuidados prestados no SNS.

O objetivo deste artigo é promover uma análise da produtividade (a curto/médio prazo) das unidades hospitalares sujeitas a fusões (Centros Hospitalares) comparando um período pré e pós concentração, recorrendo à técnica da

Data Envelopment Analysis e posterior aplicação do índice de produtividade de *Malmquist*.

Como resultados, verificou-se que dos 20 Centros Hospitalares (CH) analisados pode-se concluir em termos de efeitos imediatos um aumento da produtividade em oito unidades (40% do total estudado).

INTRODUÇÃO

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 relação ao caso português, é 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, 2013a; Borges, 2013). Nos últimos anos, as despesas com a saúde assumem uma elevada percentagem do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2014, as despesas em saúde, representavam cerca de 9,1% do PIB, contra 2,6% em 1970 (INE, 2015). O quadro seguinte retrata os custos da despesa corrente em saúde em função do PIB.

Os hospitais constituem-se como unidades estruturantes do SNS que são vistos pelos utentes como instituições centrais de grande valor para a prestação de cuidados e assumem no sistema uma posição de instituição de referência para todos os serviços (Vaz, 2010). Ao longo dos anos, constatou-se que os hospitais públicos têm uma representação significativa nos custos do SNS. O quadro seguinte apresenta a proporção dos custos hospitalares no orçamento do SNS.

Quadro 1 – Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB, em Portugal

	1970	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% PIB	2,6	6,2	8,5	8,5	8,6	9,0	9,3	9,5	9,1	9,0	9,3
	2009	2010	2011	2012	2013	2014					
% PIB	9,8	9,8	9,5	9,2	8,9	9,1					

Fonte: INE (2015)

Quadro 2 – Despesa corrente dos hospitais públicos no orçamento do SNS

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Orçamento SNS (%)	52,4	50,0	50,1	49,4	49,5	51,0	50,2	51,5	50,4	51,7	52,7
	2011	2012	2013								
Orçamento SNS (%)	53,2	53,6	53,9								

Fonte: INE (2015)

hospitales em Portugal:

A recente reforma na gestão hospitalar em Portugal ocorreu no ano de 2002. A esta data o modelo burocrático da gestão hospitalar integrado no Setor Público Administrativo apresentava algumas limitações e foi objeto de críticas. A necessidade de uma nova política para os hospitais era à data emergente e de extrema necessidade (Campos, 2008; Harfouche, 2008, 2012).

Partindo de experiências anteriormente realizadas no Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira) e no Hospital do Barlavento Algarvio, foi implementada a conceção de uma gestão empresarial para os hospitais públicos, sendo assim criados os hospitais Sociedade Anónima (SA) (Lei nº27/2002, de 8 de novembro).

No que concerne aos princípios específicos da gestão hospitalar, a nova lei da gestão hospitalar veio definir: a implementação de instrumentos de gestão previsional (planos de atividade, anuais e plurianuais, orçamentos, entre outros); a garantia de qualidade aos utentes; o controlo rigoroso de recursos; a implementação de uma gestão rigorosa; um modelo de financiamento baseado nos atos de acordo com os preços tabulados ou acordos em vigor com o SNS; uma articulação positiva com os cuidados de saúde primários e a aplicação do Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde (POCMS) (artigo 5º, capítulo I do anexo à Lei n.º 27/2002).

Mais tarde, em 2005, numa política de continuidade da empresarialização das unidades hospitalares, a política de saúde do executivo em funções definiu duas grandes novas prioridades para os hospitais: a transição das unidades SA para Entidades Públicas Empresariais (EPE) que assim mantinham assegurada a titularidade pública das unidades e a fusão/concentração de unidades de saúde (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro).

A nova política de concentração de unidades de saúde tinha como objetivo potenciar uma maior eficiência para os hospitais, de modo a que estas unidades poupassem recursos, até aí subutilizados (Campos, 2008). Nestas circunstâncias houve lugar a várias fusões entre as unidades de saúde em anos distintos (Nunes, 2016).

METODOLOGIA

A medição da eficiência e produtividade no setor da saúde é complicada e dificultada pela natureza do processo de produção (Nunes, 2016).

Para avaliar os efeitos da medida política em estudo, procedeu-se à análise da eficiência técnica das instituições através da técnica Data Envelopment Analysis (DEA)¹ e ao cálculo do índice de Malmquist², tendo em conta o período de tempo que imediatamente antecedeu estas concentrações (ano 2005) até um ano após o término da última fusão, ou seja, antes e após a fusão dos hospitais que constituem os CH.

A medição da eficiência com recurso à DEA permite classificar e avaliar os hospitais através da comparação entre unidades similares. Desta forma, possibilita uma categorização dos hospitais e avalia as políticas com o objetivo de incrementar eficiência aos sistemas de saúde (Nunes, 2016; Rego, 2011). Para além deste efeito, permite aos investigadores disporem de uma base para identificar os fatores associados às ineficiências (Bowlin, 1998).

Para o cálculo do índice de Malmquist recorreu-se a uma análise para cada ano com recurso à DEA. Para este efeito o modelo aplicado teve por base os conceitos de eficiência e super eficiência não radial com Rendimentos Variáveis à Escala e não orientada (SBM model) (Charnes, Cooper & Rhodes, 1978; Cooper, Seiford &

Tone, 2007). Este índice avalia a evolução da produtividade através do cálculo da raiz quadrada do produto dos dois índices que representam a razão de funções de distância com base na mesma tecnologia para dois períodos consecutivos de uma unidade (Caves, Christensen, & Diewert, 1982).

Como amostra foram selecionados 20 CH. Para avaliar a eficiência destas unidades, entre os anos 2005 a 2013, foram definidos *inputs* (recursos) e um conjunto de *outputs* (principais linhas de atividade/ produção). Como *input* foi selecionado o custo total efetivo em euros utilizado por cada unidade hospitalar em cada ano. Como *output* foram consideradas as principais linhas de produção da atividade hospitalar: o número de doentes saídos do internamento (N.º DSI); o número total de sessões em hospital de dia (N.º SHD); o número total de episódios de urgência; o número total de consultas externas; o número total de cirurgias. Para ser possível o cálculo do índice de Malmquist, os dados correspondentes aos hospitais que vieram a constituir CH foram agrupados antes de ocorrer a fusão.

Tendo em consideração que as concentrações de unidades de saúde não ocorreram todas em simultâneo³, não é possível fazer uma avaliação linear do comportamento da variação do índice de Malmquist ao longo de todo período de tempo considerado. Por este motivo, fez-se uma análise da evolução da produtividade, antes e após a fusão, para cada unidade. Este facto é defendido pela literatura, pois “são poucos os estudos retrospectivos que analisam a diferença de custos antes e após a fusão dos hospitais que foram fundidos» (Azevedo & Mateus, 2013) e a maioria deles ocorreram nos Estados Unidos da América.

RESULTADOS

Ao analisar a produtividade, por unidade, antes e após período de fusão, entre 2005 e 2013, verifica-se, num efeito a curto/médio prazo, que:

- A produtividade apresentou um crescimento positivo em oito unidades (40%). Estas unidades foram: o CH Setúbal, o CH Universitário de Coimbra, o CH Trás-os-Montes e Alto Douro, o CH do Nordeste; o CH de São João; o CH de Lisboa Ocidental; o CH entre Douro e Vouga e o CH Barreiro – Montijo;
- A produtividade caiu em 60% da amostra (12 unidades) cujos valores médios foram decrescentes: CH Leiria-Pombal; CH do Oeste; CH do Alto Ave; CH Setúbal; CH do Baixo Vouga; CH Médio Ave; o CH do Baixo Alentejo; o CH do Porto; o CH Lisboa Norte; o CH V.N.Gaia/Espinho; o CH Tâmega e Sousa e o CH Tondela-Viseu.

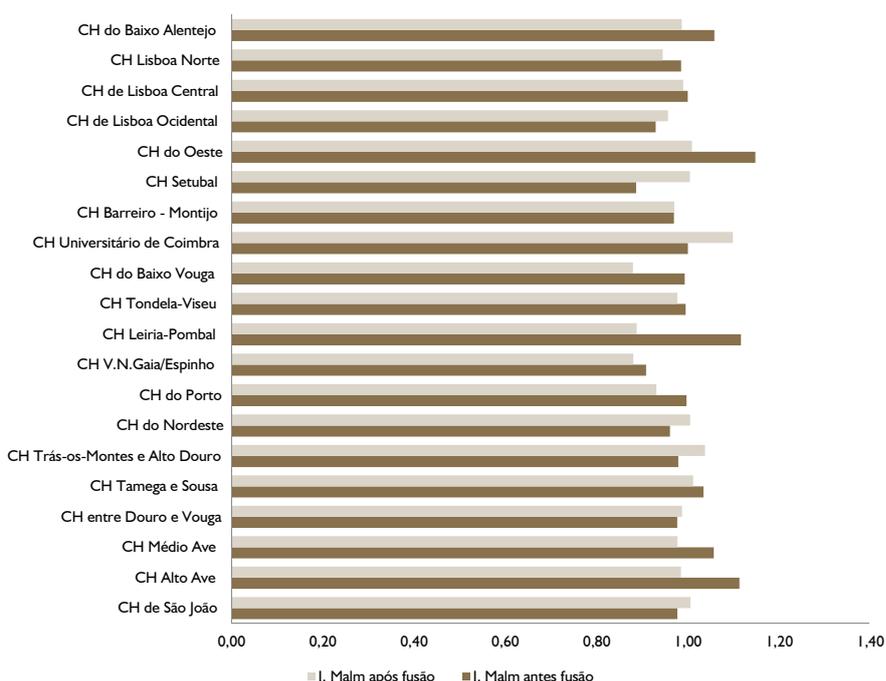
A figura seguinte apresenta, para cada CH criado, os índices de Malmquist antes e após processos de fusão, de acordo com o modelo de orientação dado neste estudo.

CONCLUSÕES

A produtividade dos 20 CH em Portugal apresentou diferentes comportamentos. Em termos globais, as unidades hospitalares antes do processo de fusão apresentaram um crescimento positivo de 0,4% em termos de produtividade e a produtividade dos CH caiu com uma taxa média de crescimento anual de -2,3%. No entanto, quando analisados de forma individual, 40% dos centros hospitalares tiveram resultados positivos.

Tendo em consideração que os recursos de saúde são extremamente escassos e que a

Figura 1 – Evolução da produtividade por centro hospitalar, antes e após fusão



procura cada vez maior, é importante ter em conta os resultados quer da eficiência das unidades, quer quando aplicado o índice de produtividade. Os resultados obtidos relembram a necessidade de uma maior validação das políticas operadas na saúde com vista a uma efetiva reforma hospitalar sustentada pela promoção do acesso, da eficiência, do rigor e no combate ao desperdício, sem nunca pôr em causa a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

NOTAS

1. A DEA é um método não paramétrico e determinístico de avaliação da eficiência de cada unidade produtiva, que tem como referencial a fronteira de produção. Este modelo tratou-se de uma extensão ao trabalho

de Farrell sobre a avaliação da eficiência técnica, perante uma unidade de produção que apresentava uma multiplicidade de *inputs* e *outputs*. Desenvolvida em 1978 por Charnes, Cooper e Rhodes, ganhou uma grande disseminação a nível mundial (Charnes, Cooper & Rhodes, 1978).

2. Este índice foi proposto por Malmquist (Malmquist, 1953) e desenvolvido por Caves, Christensen, Diewert (1982). Avalia a produtividade total dos fatores entre dois pontos de dados em termos de rácios de funções de distância baseados no uso de um método não paramétrico, como a Análise Envolvória de Dados (DEA).
3. Foram distribuídas pelos anos 2006/2007/2008/2009 e 2011.

BIBLIOGRAFIA

Azevedo, H., & Mateus, C. (2013). Cost effects of hospital mergers in Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 106-117

Barros, P. (2013). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (3ª edição). Coimbra: Almedina

Bowlin, W. (1998). Measuring performance: an introduction to data envelopment analysis (DEA). *Journal of Cost Analysis*, Fall, 3-27

Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.

Caves, D., Christensen, L., & Diewert, W. (1982). The economic theory of index numbers and the measurement of input, output and productivity. *Econometrica*, (50), 1393-1414

Charnes, A., Cooper, W. & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal*

of Operational Research, 2, 429-444

Cooper, W., Seiford, L. and Tone, K. (2007). *Data envelopment analysis: a comprehensive text with models, applications, references and dea-solver software*, 2nd Edition. Reino Unido: Springer

Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro

Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2007). *The economics of health and health care*. New Jersey: Prentice hall

Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSIP).

Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.

INE (2015). *Conta Satélite da Saúde*

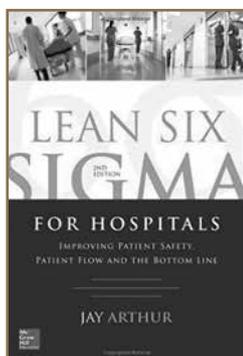
Jacobs, R., Smith, P., & Street, A (2006) *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic*. Cambridge: University Press

Lei nº27/2002, de 8 de novembro

Nunes, A. (2016). *Reformas na Gestão Hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto: Vida Económica

Vaz, A. (2010). *Hospitais públicos portugueses*. In Simões, J. (Coord.). *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp. 297-353). Coimbra: Almedina



Lean Six Sigma for Hospitals: Improving Patient Safety, Patient Flow and the Bottom Line (2nd edition)

Autor: Jay Arthur

Edição/reimpressão: 2016

Sinopse: This thoroughly revised resource shows, step-by-step, how to simplify, streamline, analyze, and optimize healthcare performance using tested Lean Six Sigma and change management techniques. Lean Six Sigma for Hospitals, Second Edition, follows the patient from the front door of the hospital or emergency room all the way through discharge. The book fully explains how to improve operations and quality of care while dramatically reducing costs – often in just five days. Real-world case studies from major healthcare institutions illustrate successful implementations of Lean Six Sigma.



Leading the Lean Healthcare Journey: Driving Culture Change to Increase Value (2nd edition)

Autores: Joan Wellman, Pat Hagan, Howard Jeffries, Cara Bailey

Edição/reimpressão: 2016

Sinopse: This book reveals and describes the leadership and culture change required to remove waste from healthcare processes and eliminate the root cause of soaring costs, poor quality and safety, and limited access. The book's delivery strategy revolves around personal and organizational stories and case studies told by physician and administrative leaders, all students of the Toyota Production System. This revised edition uniquely blends updated case studies with practical theory to describe how the healthcare value proposition can be changed by reducing waste, variation and complexity in healthcare. New to the book are chapters on clinical standard work and integration of lean and safety.



A Healthcare Solution: A Patient-Centered, Resource Management Perspective

Autores: Mark A. Vonderembse, David D. Dobrzykowski

Edição/reimpressão: 2016

Sinopse: The evidence is undeniable. By any measure, the US spends more on healthcare than any other country in the world, yet its health outcomes as measure by longevity are in the bottom half among developed countries, and its health-related quality of life has remained constant or declined since 1998. In addition to high costs and lower than expected outcomes, the healthcare delivery system is plagued by treatment delays as it can take weeks to see a specialist, and many people have limited or no access to care.

Part of the challenge is that the healthcare delivery system is a large, complex, and sophisticated value creation chain. Successfully changing this highly interconnected system is difficult and time consuming because the underlying problems are hard to comprehend, the root causes are many, the solution is unclear, and the relationships among problems, causes, and solution are multifaceted. To address these issues, the book carefully explains the underlying problems, examines their root causes using information, data, and logic, and presents a comprehensive and integrated solution that addresses these causes. These three steps are the methodological backbone of this book.

Qual o impacto da exposição ocupacional biológica para a Gestão em Saúde

Maria Margarida Rodrigues Mesquita*, Sónia Marisa Rocha Moreira**

Enfermeira no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e no Hospital Particular de Paredes*, Enfermeira no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, na VMER e na Clínica Médica Arrifana de Sousa**

Autores

RESUMO

Os acidentes de trabalho provocados por exposição ocupacional entre os profissionais de saúde são frequentes devido ao número elevado de manipulação de dispositivos médicos – principalmente dispositivos corto-perfurantes – e apresentam prejuízos aos profissionais e às instituições.

Esta revisão literária teve por objetivo avaliar o impacto da exposição ocupacional a material biológico para a Gestão em Saúde. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. A pesquisa revela que é na classe dos enfermeiros em que ocorre maior número de acidentes de trabalho por exposição ocupacional, nomeadamente picadas de agulhas.

Dados do Departamento de Recursos Humanos da Saúde mostram que, no ano 2000, 6,5% do total de ausências ao trabalho foram motivadas por acidentes de trabalho, equivalendo a cerca de 7,5 milhões de horas de absentismo com elevados custos financeiros para todas as partes... Desde o valor do contributo que o trabalhador com incapacidade deixa de dar à economia nacional, subsídio de doença, prémios de seguros de acidentes de trabalho, custos médicos, custos de substituição, custos judiciais, entre outros.

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde expõem os profissionais de saúde a vários riscos no desempenho da sua atividade, na medida em que é um ambiente onde há concentração de pessoas portadoras de várias doenças infecto-contagiosas e em que se realizam procedimentos que apresentam riscos de acidentes e doenças para os profissionais de saúde.

Desta forma, o risco ao qual um profissional de saúde está exposto é inerente à sua atividade e à complexidade da mesma. Segundo Marziale, Nishimura e Ferreira (2004), os acidentes com material perfuro-cortante infetados com sangue são responsáveis por 80 a 90% das transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde.

De acordo com a legislação portuguesa (Lei n.º 98/2009, de 04 de Setembro), acidente de trabalho é aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte.

Luize PB, et al. (2015) definem exposição ocupacional como acidentes ocupacionais que podem ocorrer por via percutânea, após picada de agulha por ferimentos com objetos cortantes e/ou por contacto direto das mucosas ocular, nasal e oral ou ainda, por contacto cutâneo. Além disso, qualquer contacto sem barreira de proteção com material concentrado de vírus é considerado como exposição ocupacional e também requer avaliação e acompanhamento. O Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de Abril, classifica por agente/material biológico “os microrganismos, incluindo os geneticamente modificados, as culturas celulares e os endoparasitas humanos, susceptíveis de provocar infeções, alergias ou intoxicações”.

Os acidentes de trabalho nas Instituições dependentes do Ministério da Saúde têm vindo a aumentar, passando de 11,6% em 1991 para 31,27% acidentes de trabalho em 1999 (DGS, 2001).

Os acidentes de trabalho estão geralmente associados à fatalidade humana, danos materiais, diminuição da produção, efeitos

psicológicos em toda a equipa com consequente perda de produtividade. Apresentam prejuízos, quer para os profissionais, quer para as instituições. Dados da nossa pesquisa referem que num hospital do Norte de Portugal, os encargos dos acidentes de trabalho, calculados com base na remuneração média diária de cada grupo profissional, atingiram os 168.856.27 euros (Martins, 2009).

Neste enquadramento, este artigo tem por objetivo perceber qual o impacto da exposição ocupacional a material biológico para a Gestão em Saúde. Uma temática que considerámos pertinente, na medida em que os profissionais de saúde enfrentam um grave risco de adquirirem infeções transmitidas por via sanguínea através da exposição ocupacional inerente ao seu desempenho, com danos para o próprio e instituição.

É um tema atual devido ao aumento da carga de trabalho, stress profissional e complexidade dos utentes tratados, sendo estes acidentes de trabalho cada vez mais frequentes. É perentória a monitorização das práticas de risco e a recolha de informação sobre o risco profissional para alcançar um ambiente de trabalho mais seguro a nível hospitalar. É-o também, devido ao impacto económico e financeiro que representa. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a notificação das exposições pois todos os utentes, sem exceção, devem ser considerados como potenciais infetantes.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura. Definimos como descritores do nosso estudo a Exposição Ocupacional, Material Biológico e Gestão em Saúde, com base na plataforma DeCS. As

ocupacional a material de? Revisão Sistemática

bases de dados consultadas foram: EBSCO, PubMed e SciELO.

Como critérios de inclusão consideramos a data da publicação dos artigos (2010 a 2015), artigos primários, texto completo disponível e a combinação dos três descritores. Aplicando os critérios definidos obtivemos 42 artigos, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão e da leitura do resumo obtivemos um total de seis artigos que vão de encontro ao nosso objetivo.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS DADOS

A OMS estimou que aproximadamente três milhões, dos 37 milhões de profissionais de saúde experimentaram pelo menos uma lesão de picada de agulha em 2014. Mais de 25 vírus de transmissão sanguínea foram reportados pelos profissionais de saúde depois de uma lesão de picada de agulha incluindo VIH e hepatites C e B.

Vieira M, Padilha MI, Pinheiro RDC em 2011 fazem um estudo retrospectivo descritivo, com abordagem quantitativa com o objetivo de conhecer os acidentes de trabalho com exposição a material biológico e o perfil dos trabalhadores.

Concluem que são os enfermeiros a classe profissional mais exposta aos acidentes de trabalho com material biológico e a objetos perfuro-cortantes, envolvendo a presença de sangue e/ou fluido com sangue. A alta incidência de tais acidentes ocorridos entre os profissionais de enfermagem justifica-se por constituírem a maior classe profissional e são os que estão em contato direto com o paciente, manipulando objetos perfuro-cortantes.

Neste estudo, concluem que as estratégias de prevenção à ocorrência dos acidentes de trabalho, com material biológico, devem incluir ações conjuntas, entre profissionais e chefia

dos serviços, devendo estar voltadas às melhorias das condições e organização do trabalho, nomeadamente a oferta de material com dispositivo de segurança, à implantação de programas educativos, assim como sensibilização para a mudança de comportamento tanto dos trabalhadores como dos gestores, uma vez que ações isoladas são consideradas ineficazes para a minimização de tais problemas.

Alves AP, Ferreira MD, Prearo MF, Gir E, Canini SRMS em 2013 num estudo descritivo, de corte transversal com o objetivo de identificar a taxa e os motivos de subnotificação de acidentes ocupacionais ocorridos com profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico de um hospital universitário concluem que a taxa de subnotificação de acidentes com material biológico foi de 55,1% e os motivos mais frequentemente referidos para a subnotificação foram julgar que o acidente era de baixo risco, paciente-fonte VIH negativo, desconhecimento sobre os procedimentos a serem realizados após acidente ocupacional com material biológico e excesso de burocracia.

É necessário que os administradores proporcionem aos seus colaboradores um ambiente de trabalho seguro, oferecendo formação contínua para minimizar a subestimação dos riscos presentes no seu dia-a-dia. A chefia deve ainda, estar preparada para incentivar os profissionais de enfermagem a notificar os acidentes.

Lukman HT, Cifuentes M, Quinn M, Kriebel D em 2015 publicam um estudo retrospectivo, quantitativo, com o objetivo de estimar a eficácia das diferentes intervenções de prevenção nas lesões por picada de agulha onde concluem que nas instituições de saúde existem três principais estratégias de intervenção usadas para prevenir as lesões por picada de agulha: formação nos procedimentos de punção segura e material perfuro-cortante e esta formação é geralmente referenciada como as

“precauções de segurança”; dispositivos de segurança que incluem a substituição das agulhas comuns por agulhas seguras e introduzem cápsulas para manuseamento em segurança das agulhas usadas; combinação da formação com os dispositivos de segurança.

Desta forma, as lesões por picada de agulha podem ser prevenidas. A formação dos profissionais de saúde reduz a taxa destes eventos em 34% e a intervenção dos dispositivos de segurança em 49%. Quando a formação é realizada juntamente com os dispositivos de segurança os acidentes foram reduzidos em 62%. A combinação da formação com os dispositivos de segurança é a forma mais eficaz de prevenir estes acidentes.

Martins MDS, Silva NAP, Correia TIG em 2012 publicam um estudo transversal retrospectivo com o objetivo de descrever os acidentes de trabalho num hospital ao norte de Portugal e analisar as suas principais repercussões. Neste estudo concluem que há um aumento global dos acidentes de trabalho assim como número de dias perdidos. As condições de trabalho e o tipo de atividade laboral são determinantes na saúde do trabalhador e associam-se à principal causa de acidentes de trabalho. A categoria profissional dos enfermeiros onde ocorreu maior número (48,3%), seguida pelos assistentes operacionais (39%). Os enfermeiros representam 81% dos técnicos superiores de saúde, logo têm maior representatividade, assim como as características inerentes ao seu desempenho profissional que os expõem ao risco.

O trabalho por turnos é característica comum nos acidentados (72,4%), o maior número de acidentes ocorre no turno da manhã (51,9%), período em que há maior intensidade de trabalho. É nos serviços de internamento onde ocorre maior sinistralidade, o internamento de Medicina foi onde

ocorreu maior número de acidentes, seguido do serviço Urgência.

A principal causa de acidentes foi a picada de agulha/corte por objeto (45,7%), contudo são as entorses e distensões dos membros inferiores que levam a maior ausência de trabalho. 27,4% dos acidentes analisados resultaram em incapacidade temporária absoluta, levando à abstinência laboral por períodos até ou superior a 30 dias.

Luize PB, Canini SRMS, Gir E, Toffano SEM, em 2015 no seu estudo descritivo com a finalidade de descrever as condutas relatadas pelos profissionais de Enfermagem após exposição a material biológico concluem que o ritmo e volume de trabalho acentuado assim como o stress em que é desenvolvido são fatores que podem exponenciar os acidentes. A utilização de precauções padrão são a principal medida preventiva para esta exposição ocupacional, contudo a adesão dos profissionais a medidas preventivas está abaixo do ideal. As instituições de saúde devem procurar estratégias para consciencializar os profissionais de saúde para notificação e adesão às recomendações protocoladas nas instituições com vista a conferir maior segurança à saúde dos profissionais.

Cavaleiro MR, Ferreira A, Figueiredo J, Conde J publicam, em 2012, um estudo descritivo com o objetivo de caracterizar a sinistralidade laboral e a sua implicação financeira, concluem que as picadas com agulha são o acidente mais declarado mas é um dos que produz menor tempo perdido em dias não resultando muitas vezes em incapacidade. Facto este que se justifica pela não adesão ao cumprimento terapêutico. São os acidentes de trabalho resultantes de esforço excessivo que originam um maior absentismo. A classe profissional onde ocorrem mais acidentes de trabalho é na dos enfermeiros. A causa mais frequente de acidentes foram as picadas de agulha, seguida de quedas, pancadas/cortes provocados por objetos e os esforços excessivos ou movimentos inadequados. O internamento é o local onde há mais acidentes, seguindo-se o serviço de urgência e o bloco operatório.

Concluem também que quanto aos dias perdidos por acidente com baixa/atestado foram num total de 6116 dias, os encargos dos acidentes de trabalho calculados com base na remuneração média diária de cada grupo profissional atingiram os 168 856,27 euros. O pagamento de horas extraordinárias para subs-

tituição de trabalhadores atingiu um valor de 75 804,46 euros. É na classe profissional dos enfermeiros onde se encontra o maior peso financeiro para a instituição em estudo/análise.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Após apresentação dos resultados conseguimos identificar que os autores são concordantes em determinados tópicos. Com base na revisão realizada, é unânime que é na categoria dos enfermeiros onde há mais acidentes com exposição ocupacional. Cardoso e Figueiredo em 2010, justificam-no devido à elevada manipulação de materiais perfuro-cortantes nestes profissionais durante a sua prática laboral.

Dos artigos analisados Vieira M, Padilha MI, Pinheiro RDC (2011), Martins MDS, Silva NAP, Correia TIG (2012), Luize PB, et al. (2015) e Cavaleiro MR, et al. (2012) concluem que os enfermeiros são os profissionais da equipa de saúde mais sujeitos a picada por agulha com conseqüente exposição a agentes biológicos. Este número elevado relaciona-se com o facto de serem o grupo profissional em maior número nos serviços de saúde, ter mais tempo de contacto direto na assistência aos utentes e também, ao tipo e frequência de procedimentos realizados. Dados estes que vão de encontro ao estudo realizado por Bakke, HA e Araújo NMC (2010) que afirmam que o risco ao qual um profissional de saúde está exposto é inerente à sua atividade e à complexidade da assistência.

Alves AP, et al. (2013), Lukman HT, et al. (2015), Martins MDS, Silva NAP, Correia TIG (2012) e Cavaleiro MR, et al. (2012) pelas suas pesquisas evidenciam a importância da prevenção/promoção da saúde dos profissionais, com formação contínua e aquisição de materiais/dispositivos de segurança. Estes dados corroboram com os resultados do estudo de Bakke, HA e Araújo NMC (2010) que revelam a importância da implementação de um sistema de gestão de Segurança e Saúde Ocupacional como auxílio no reconhecimento e análise dos riscos ocupacionais nestes ambientes, com o objetivo de evitar ou minimizar a ocorrência de acidentes de trabalho.

A subnotificação é um problema real que não permite realmente conhecer as condições de trabalho em que ocorrem os acidentes de trabalho, assim como as condições que os determinam para dessa forma poder intervir nas diferentes variáveis, promovendo

a saúde e prevenindo doenças nos locais de trabalho. Os autores analisados, Alves AP, et al. (2013), Lukman HT, et al. (2015), Martins MDS, Silva NAP, Correia TIG (2012) e Cavaleiro MR, et al. (2012) têm como argumentos para a não notificação não considerar a notificação necessária e/ou falta de conhecimento sobre o procedimento. Os critérios como o não achar necessário prendem-se com “o acidente era de baixo risco” ou o “paciente-fonte era VIH negativo”. Estes dados vão ao encontro do estudo de Bakke, HA e Araújo NMC (2010) que concluem que a notificação correta e a apuração dos fatos relacionados aos acidentes de trabalho são de extrema importância, pois permitem aos gestores do hospital conhecer as situações de riscos e intervir com medidas e ações direcionadas, mitigando os efeitos económicos e sociais dos acidentes de trabalho nas instituições.

Dados da OMS mais de três milhões de acidentes com material biológico pode ocorrer em todo o mundo nos profissionais de saúde expondo-os ao vírus da hepatite B, C e VIH, estimando 66 mil casos de profissionais infectados com hepatite B, 16 mil com hepatite C e mil com HIV após exposições percutâneas durante o seu desempenho profissional. Dados estes que corroboram com o estudo de Lukman HT, et al. (2015) e Luize PB, et al. (2015) que relatam o número elevado de acidentes de trabalho por picada de agulha com transmissão sanguínea de vírus incluindo o VIH e hepatites C e B. Também Marziale, MHP (2004) na sua pesquisa conclui que o sangue esteve presente em 80% das exposições, é o material biológico que tem os maiores títulos do vírus da Hepatite B e é o principal responsável pela transmissão ocupacional do vírus. Conclui igualmente que em 18,8% dos acidentes a ocorrência foi por descarte de perfuro-cortantes em locais inadequados.

Lukman HT, et al. (2015) e Luize PB, et al. (2015) enaltecem a importância da utilização de equipamentos de proteção individual e o cumprimento das orientações emanadas internacionalmente, pois a maioria dos acidentes por picada de agulha ocorreu durante ou após a tentativa de reencapsular agulhas e pelo hábito de as colocar em contentores demasiado cheios.

Os autores Martins MDS, Silva NAP, Correia TIG (2012), Luize PB, et al. (2015) e Cavaleiro MR, et al. (2012) concluem na sua pesquisa

que o trabalho por turnos, ritmo/volume de trabalho, stress, dotação de Enfermeiros são grandes condicionantes dos acidentes de trabalho. Como refere Bakke, HA e Araújo NMC (2010) é no turno da manhã onde há maior número de ocorrências de acidentes de trabalho, seguido do turno da noite e da tarde, facto este que pode estar relacionado com a maior intensidade do ritmo de trabalho neste período. A maior sinistralidade ocorre nos serviços de internamento, seguida do serviço de urgência, o que se prende com as atividades desenvolvidas nesses serviços que são as que comportam maior risco e número de execução (contacto com doentes de risco, manuseamento de dispositivos/material cortantes e perfurantes, trabalho por turnos). Com base na revisão realizada todos os autores concluem que as estratégias de prevenção para ocorrência dos acidentes de trabalho com material biológico, devem incluir ações conjuntas, estabelecidas entre os profissionais e instituições e devem estar voltadas para a melhoria das condições de trabalho, em especial direccionadas à organização do trabalho, aquisição de dispositivo/material de segurança, à promoção de programas formativos, assim como a sensibilização para a mudança de comportamento tanto dos profissionais como dos gestores, uma vez que ações isoladas são consideradas ineficazes para a minimização de tais eventos. A literatura existente sobre o assunto vai ao encontro do estudo de Araújo, TM, et al. (2012) que nos diz que a população estudada necessita de uma maior sensibilização quanto às medidas preventivas e ao uso de equipamento de proteção individual, embora saibamos que os profissionais de enfermagem já conhecem algumas das medidas de biossegurança, porém não empregadas de forma sistemática e constante. Neste contexto cabe aos serviços de saúde planear e implementar orientações específicas para os

profissionais de enfermagem a fim de adotarem comportamentos seguros. Martins MDS, Silva NAP, Correia TIG (2012), Luize PB, et al. (2015) e Cavaleiro MR, et al. (2012) concluem que as picadas são o acidente mais declarado mas o que menos absentismo provoca e segundo Araújo, TM, et al. (2012) a avaliação médica e os exames laboratoriais após o acidente devem ocorrer em todos os casos para proposição da conduta adequada quanto à quimioprofilaxia, vacinação e acompanhamento. A principal causa de acidentes foi a picada de agulha/corte por objeto, contudo são as entorses e distensões dos membros inferiores que levam a maior ausência de trabalho. A não adesão ao cumprimento terapêutico após picada por agulha influência ao não absentismo laboral. Porém e de acordo com o mesmo autor é importante que o profissional de enfermagem receba o atendimento necessário e as orientações devidas sobre as medidas preventivas, como a vacinação para a hepatite B e uso de EPI, além de receber orientações também sobre os procedimentos após a exposição a material biológico, como a quimioprofilaxia para VIH e profilaxia para hepatite B. Os mesmos autores reconhecem a importância dos acidentes de trabalho para as instituições pelo impacto negativo que têm na saúde física, emocional e social dos trabalhadores assim como as repercussões económicas para a instituição, factos estes que vão de encontro ao estudo de Bakke, HA e Araújo NMC (2010), que realça a importância da Gestão da Segurança e Saúde Ocupacional, que além de possibilitar a redução nos gastos na Instituição, pode melhorar a imagem da mesma diante dos seus usuários e motivar os funcionários proporcionando maiores lucros e produtividade e melhor qualidade de vida no trabalho. Como revela o estudo de Cavaleiro, MR, et al. (2012) o pagamento de horas extraordinárias para substituição de trabalhadores atingiu um valor de 75.804,46 euros. É na classe profissio-

nal dos enfermeiros onde se encontra o maior peso financeiro para a instituição em estudo.

CONCLUSÃO

Nas instituições de saúde há toda uma diversidade e extensa lista de profissões e ocupações. Os profissionais de saúde estão inevitavelmente expostos a material biológico, o que gera acidentes de trabalho com repercussões na saúde dos profissionais e na gestão das instituições.

Pela análise realizada verificamos a importância do estudo dos acidentes de trabalho nas instituições, quer pelos riscos associados para o profissional de saúde quer pelas implicações económicas e sociais que acarretam para as instituições.

Como principais conclusões constatamos que os enfermeiros são a classe profissional com maior representatividade nas instituições de saúde, os que prestam maior número de cuidados diretos aos utentes e os que sofrem maior número de acidentes de trabalho. O tipo de acidente de trabalho mais frequente é a picada de agulha e, a subnotificação é um problema real. A formação contínua insuficiente, a falta de sensibilização/ consciencialização no uso correto de equipamento de proteção individual são grandes fatores desencadeantes de acidentes de trabalho.

A não monitorização dos acidentes de trabalho tem implicações financeiras importantes, visto que a sobrecarga financeira das instituições de saúde é enorme com este tipo de situações, traduzem horas de absentismo, custos médicos (análises, vacinação e retrovíricos) e custos de substituição.

A cada hora que passa há 26 acidentes de trabalho em Portugal, cada acidente custa em média 1.535 euros (Autoridade para as Condições de Trabalho, 2009). Cavaleiro, MR (2012) conclui que a avaliação global dos custos com os acidentes de trabalho em Portugal cifra-se em 4% do PIB.

BIBLIOGRAFIA

Autoridade para as Condições de Trabalho – ACT (2009). Trabalho Temporário.
ARAÚJO, T.M., et al (2012) - Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, III série – n.º 7, p. 7-14.
BAKKE, H.A.; ARAÚJO, N.M.C. (2010) - Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. Vol. 20, n.º 4, p.669-676.
CARDOSO, A.C.M.; FIGUEIREDO, R.M. (2010) - Bio-

logical risk in nursing care provided in family health units. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 18, n.º 3, p. 368-372.
Decreto-Lei n.º 84/97 de 16 de Abril. Diário da República, Série A, N.º 8, art n.º4. Lisboa, Portugal.
Decreto-Lei n.º 98/2009 de 4 de Setembro. Diário da República, I.ª Série, N.º 172, art n.º8. Lisboa, Portugal.
Direcção Geral da Saúde (2010). Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde Elementos Estatísticos, Portugal.

MARTINS, M. (2009) - Acidentes de trabalho nas instituições de saúde do distrito de Bragança. Revista Investigação em Enfermagem. N.º 19, p. 81-90.
MARZIALE, M.H.P.; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. (2004) - Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.12, n.º1, p. 36-42.

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

