



FMUP

BIOÉTICA

SUSANA PATRÍCIA FEITEIRA DE OLIVEIRA CAETANO

**A INTRODUÇÃO DAS NOVAS
MEDIDAS DE GESTÃO NOS
HOSPITAIS EPE
E A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada para a
obtenção do grau de Mestre em
Bioética, sob a orientação da
Prof.^a Doutora Guilhermina Rêgo

6º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2010

LISTA DE SIGLAS

ADM – Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

ADSE – Assistência aos Doentes Servidores do Estado

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

ARS – Administração Regional de Saúde

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CRP – Constituição da República Portuguesa

DCI – Denominação Comum Internacional

DUBDHU – Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos da Unesco

EPE – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos

ICN – *International Council of Nursing*

IGIF – Instituto de Gestão e Informática Financeira

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

IRS – Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera

PIB – Produto Interno Bruto

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PMH –Programa do Medicamento Hospitalar

QALYS – *Quality Adjusted Life Years*

SA – Sociedade Anónima

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sector Público Administrativo

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

SWOT – *Strength, Weakness, Opportunities e Treaths*

ULS – Unidade Local de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

LISTA DE ABREVIATURAS

ex. – exemplo

nº – número

Prof. – Professor

" Sempre se esperou que os enfermeiros respondessem à obrigação de cuidar fosse em que circunstâncias fossem".

Salvage (1990).

Para o meu marido Hugo,
os meus pais, irmão, sogros e amigos, por toda a preocupação,
paciência, apoio, amor e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que desde sempre me apoiaram no decorrer deste trabalho de investigação. Sem nenhuma ordem específica, uma vez que todos tiveram uma acção importante, gostaria de deixar os mais sinceros agradecimentos a todos os que se mostraram disponíveis para me auxiliar e orientar, dos quais saliento:

A minha orientadora, Prof. Doutora Guilhermina Rêgo pelo apoio incondicional, acompanhamento e orientação que me deu ao longo da elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Doutor Rui Nunes pela disponibilidade do Serviço de Bioética e Ética Médica e pela sua capacidade de cativar os alunos para a Bioética.

A todos aqueles que responderam ao questionário, por toda a sua receptividade e paciência, possibilitando-me a concretização deste projecto.

Por fim, a todos aqueles que directa ou indirectamente colaboraram na realização deste trabalho, tornando-o exequível, expresso desde já o mais sincero agradecimento.

Os meus sinceros agradecimentos ao meu marido Hugo por toda a ajuda na elaboração do trabalho e toda a compreensão no tempo dispendido para a sua construção.

RESUMO

A afectação de recursos para a saúde é uma das grandes preocupações da sociedade contemporânea, sendo uma questão ética. A questão de partida é: “Como é que as medidas de gestão, introduzidas nos hospitais EPE, afectam a Enfermagem?”.

O objectivo geral do estudo é explorar e descrever o fenómeno relativo à introdução das medidas de gestão nos hospitais EPE e como estas podem afectar a Enfermagem. Os objectivos específicos são: averiguar a utilidade prática das medidas de gestão; conferir a motivação para os Enfermeiros aderirem às medidas de gestão; apurar a influência de outros Enfermeiros, no local de trabalho do inquirido, para a adesão às medidas de gestão; averiguar a influência das medidas de gestão no tempo dispendido na prestação dos cuidados; determinar a influência das medidas de gestão no número de registos da actividade; averiguar a influência das medidas de gestão nos custos económicos associados à prestação de cuidados; analisar a influência das medidas de gestão no número de Enfermeiros do serviço; averiguar a influência das medidas de gestão na relação Enfermeiro-doente; averiguar a influência das medidas de gestão na qualidade dos cuidados de saúde prestados; averiguar a influência das medidas de gestão na valorização da profissão; deslindar a vontade de obter informação.

Através do enquadramento teórico abordamos os temas que constituem os principais pilares para o desenrolar do projecto. São focados aspectos como o quadro conceptual e evolução histórica da afectação de recursos no Sistema de Saúde, assim como a posição da Enfermagem nesta matéria.

Este estudo é transversal e descritivo. Utiliza-se a metodologia quantitativa e o instrumento de colheita de dados é o questionário. Elaborou-se assim questões orientadoras específicas que respondem aos objectivos referidos. A população escolhida para o estudo abrange o corpo de Enfermeiros de 3 hospitais EPE. O tipo de amostra utilizada foi a amostragem aleatória simples. Para o tratamento de dados obtidos utilizamos frequências absolutas e relativas e a média na análise da idade.

Salientamos os seguintes resultados: as medidas de gestão têm utilidade prática “às vezes” para 71,8% da amostra e “muitas vezes” para 14,1%; “raramente” há motivação para aderir às medidas de gestão para 26,6% da amostra e “às vezes” é a opção de 55,7%; a influência por parte de outros enfermeiros “raramente” se sente para 27,7% da amostra e sente-se “às vezes” é a opção de 46,6%. Com a introdução das novas medidas de gestão, nos hospitais EPE: 46,3% da amostra verificou um “maior tempo dispendido” na prestação de cuidados; 61,3% da amostra verificou um “maior número de registos”; 58,9% refere “menores custos económicos”; 56,7% refere “menor número de Enfermeiros”; 51,3% refere que “dificulta a relação” com o doente; 58,9% refere que “dificulta a qualidade” dos cuidados de saúde prestados; 56,3% refere que “diminui a valorização” da profissão. Neste contexto, 92,0% da amostra gostaria de obter mais informações sobre as várias medidas de gestão, introduzidas nos hospitais EPE.

Concluimos que os recursos são limitados, mas devem ser optimizados para não descurar ou até mesmo melhorar a humanização, a relação e a qualidade assistencial. É inquestionável o respeito pelos fundamentos éticos para que qualquer decisão tomada relativa à afectação de recursos para a saúde seja frutífera.

“Nem tudo o que é científica e tecnicamente possível é socialmente aceitável.” (14/CNECV/95, p. 19)

ABSTRACT

Nowadays the health resources affectation is one of the largest preoccupations of the contemporaneous society. The investigation problem is “How the measures of management, introduced in EPE hospitals, are affecting Nursing?”

The main objective of the study is to explore and describe the introduction of management measures in the EPE hospitals and how they affect Nursing. The specific objectives are identifying: the utility of measures management, the motivation of Nurses to adhere at the measures of management, the influence of work colleagues to the adhesion at the measures management. And still, how measures management affect: time spends on care, activities registration, and economics cost associated to care, number of Nurses in service, relation-ship Nurse-patient, care quality, valorization of Nursing. And the last one: to find out the will of more Knowledge in measures management.

Before collecting any sort of information, all the bibliography was organized into several chapters, and that's where we talk about all the theoretical support of the study. We broach subjects such as: concept and evolution on Health Resources Affectation in Health System, and the perspective of Nursing in this matter.

This is a transversal and descriptive study. It was used a quantitative method and to collect data was used a questionnaire. It was elaborated several specific guide questions to answer the objectives described before. The population chosen for this study was Nurses of three EPE hospitals. We used a simple aleatory sampling. To input data, it was used statistical measures like frequencys absolutes and relatives, and the mean on age analyze.

We obtain the following results: the measures management have utility “sometimes” to 71,8% of the sample and “many times” to 14,1%; “rarely” there is motivation to adhere at the measures of management to 26,6% of the sample and “sometimes” is the option of 55,7%; the influence of work colleagues to the adhesion at the measures management “rarely” is felt to 27,7% of the sample and “sometimes” its felt is the option of 46,6%. With the introduction of new measures management, in EPE hospitals: 46,3% of the sample verified “more time spend” on care; 61,3% of the sample verified “more activities registration”; 58,9% refer “less economics cost associated to care”; 56,7% refer “less number of Nurses in service”; 51,3% refer “difficult relation-ship Nurse-patient”; 58,9% refer “difficult care quality”; 56,3% refer “low valorization of Nursing”. In this context, 92% of the sample would like to obtain more Knowledge in measures management, introduced in EPE hospitals.

We conclude that resources are limited, but should be optimized, so that humanization, relation-ship and care quality could be improved. It is unquestionable the respect for ethics fundaments so that any decision taken related to health resources affectation be fructiferous.

Not all that is scientifically and technically possible is socially acceptable. (Parecer 14/CNECV/95, p. 19)

ÍNDICE

Página

NOTA INTRODUTÓRIA.....	18
------------------------	----

Parte I – Enquadramento Teórico

1 – Problemática da Afectação de Recursos para a Saúde	23
1.1 – Direito à Protecção da Saúde	23
1.2 – Teorias da Justiça.....	28
1.3 – Problemática da Escassez de Recursos	35
1.3.1 – Enquadramento Internacional	36
1.3.2 – Problemática do Financiamento no Sistema de Saúde em Portugal	38
1.4 – Priorização	45
1.4.1 – Países com Priorização.....	46
1.5 – Nova Gestão Pública/ <i>New Public Managemnent</i>	55
1.5.1 – Reforma do Sistema de Saúde: O Caso dos Hospitais Públicos Portugueses.....	69
1.5.2 – Posição da Enfermagem	77
1.5.3 – Diplomas Legais.....	97

Parte II – Trabalho Empírico

1 – Tipo de Estudo e Metodologia	100
2 – Problema em Estudo.....	102
2.1 – Questão de Investigação	102
2.2 – Objectivo do Estudo	103
2.3 – Questões Orientadoras	104
3 – Definição de Variáveis	106
4 – Elaboração e Aplicação do Questionário.....	109
4.1 – Características da Amostra para o Pré-teste	109
4.2 – Instrumento de Colheita de Dados.....	109
4.3 – Aplicação do Questionário	110
4.4 – Considerações Éticas na Aplicação do Instrumento de Pesquisa	112
5 – Apresentação dos Dados e sua Análise	114
5.1 – Resultados do Pré-teste.....	114
5.1.1 – Resultados das Características dos Inquiridos no Pré-teste.....	114
5.1.2 – Resultados do Questionário do Pré-teste.....	119
5.2 – Resultados da Amostra	130
5.2.1 – Resultados das Características da Amostra.....	130
5.2.2 – Resultados do Questionário da Amostra	136

A introdução das novas medidas de gestão nos hospitais EPE e a Enfermagem

6 – Discussão dos Resultados	150
7 – Considerações Finais	163
Recomendações e Sugestões	165
Referências Bibliográficas.....	166

Anexos

Anexo 1 – Lista dos Hospitais EPE

Anexo 2 – Declaração Universal dos Direitos do Homem

Anexo 3 – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes

Anexo 4 – Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos
da Unesco

Anexo 5 – Lei de Bases da Saúde

Anexo 6 – Questionário

Anexo 7 – Questionário do Pré-teste

Anexo 8 – Pedido de Autorização dos Hospitais

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Inter-relação entre as diferentes perspectivas da justiça distributiva.....	34
Figura 2: Os critérios de estabelecimento de prioridades: sistema holandês.....	49
Figura 3: Modelo de produção da saúde.....	58
Figura 4: Análise SWOT.....	91
Figura 5: Funções de Porter.....	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1: Pré-teste/Sexo.....	115
Gráfico 2: Pré-teste/Idade	116
Gráfico 3: Pré-teste/Tempo profissional de enfermagem.....	117
Gráfico 4: Pré-teste/Habilitações académicas	118
Gráfico 5: Pré-teste/Região onde exerce a actividade profissional	119
Gráfico 6: Pré-teste/Utilidade prática das “novas regras empresariais”	120
Gráfico 7: Pré-teste/Motivação para aderir à “nova cultura empresarial”	121
Gráfico 8: Pré-teste/Influência para aderir às “novas regras empresariais”	122
Gráfico 9: Pré-teste/Tempo dispendido nas actividades clínicas	123
Gráfico 10: Pré-teste/Registo da actividade	124
Gráfico 11: Pré-teste/Custos económicos associados à prestação de cuidados	125
Gráfico 12: Pré-teste/Número de profissionais no serviço.....	126
Gráfico 13: Pré-teste/Relação com o doente	127
Gráfico 14: Pré-teste/Qualidade dos cuidados de saúde prestados.....	128
Gráfico 15: Pré-teste/Valorização da profissão	129
Gráfico 16: Amostra/Sexo	131

A introdução das novas medidas de gestão nos hospitais EPE e a Enfermagem

Gráfico 17: Amostra/Idade	132
Gráfico 18: Amostra/Tempo profissional de enfermagem	133
Gráfico 19: Amostra/Habilitações académicas.....	134
Gráfico 20: Amostra/Região onde exerce a actividade profissional	135
Gráfico 21: Amostra/Utilidade prática das medidas de gestão.....	137
Gráfico 22: Amostra/Motivação para aderir às medidas de gestão	138
Gráfico 23: Amostra/Influência para aderir às medidas de gestão	140
Gráfico 24: Amostra/Tempo despendido na prestação de cuidados.....	141
Gráfico 25: Amostra/Registo da actividade.....	142
Gráfico 26: Amostra/Custos económicos associados à prestação de cuidados	143
Gráfico 27: Amostra/Número de Enfermeiros	144
Gráfico 28: Amostra/Relação com o doente.....	145
Gráfico 29: Amostra/Qualidade dos cuidados de saúde prestados.....	146
Gráfico 30: Amostra/Valorização da profissão	147
Gráfico 31: Amostra/Informações	148

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1: Evolução do tempo médio de espera para cirurgia por região (meses).....	42
Quadro 2: Evolução na Lista de Inscritos para cirurgia por região	43
Quadro 3: Distribuição de Enfermeiros por distrito (2007)	92

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1: Pré-teste/Sexo	114
Tabela 2: Pré-teste/Idade	115
Tabela 3: Pré-teste/Tempo profissional de enfermagem	116
Tabela 4: Pré-teste/Habilitações académicas.....	117
Tabela 5: Pré-teste/Região onde exerce a actividade profissional	118
Tabela 6: Pré-teste/Utilidade prática das “novas regras empresariais”	120
Tabela 7: Pré-teste/Motivação para aderir à “nova cultura empresarial” ..	121
Tabela 8: Pré-teste/Influência para aderir às “novas regras empresariais”	122
Tabela 9: Pré-teste/Tempo dispendido nas actividades clínicas.....	123
Tabela 10: Pré-teste/Registo da actividade.....	124
Tabela 11: Pré-teste/Custos económicos associados à prestação de cuidados.....	125
Tabela 12: Pré-teste/Número de profissionais no serviço	126
Tabela 13: Pré-teste/Relação com o doente.....	127
Tabela 14: Pré-teste/Qualidade dos cuidados de saúde prestados	128
Tabela 15: Pré-teste/Valorização da profissão	129
Tabela 16: Amostra/Sexo	130
Tabela 17: Amostra/Idade	131

Tabela 18: Amostra/Tempo profissional de enfermagem	133
Tabela 19: Amostra/Habilitações académicas	1334
Tabela 20: Amostra/Região onde exerce a actividade profissional.....	135
Tabela 21: Amostra/Utilidade prática das medidas de gestão	136
Tabela 22: Amostra/Motivação para aderir às medidas de gestão	138
Tabela 23: Amostra/Influência para aderir às medidas de gestão	139
Tabela 24: Amostra/Tempo despendido na prestação de cuidados	141
Tabela 25: Amostra/Registo da actividade	142
Tabela 26: Amostra/Custos económicos associados à prestação de cuidados.....	143
Tabela 27: Amostra/Número de Enfermeiros.....	144
Tabela 28: Amostra/Relação com o doente	145
Tabela 29: Amostra/Qualidade dos cuidados de saúde prestados	146
Tabela 30: Amostra/Valorização da profissão.....	147
Tabela 31: Amostra/Informações	148
Tabela 32: Distribuição de Enfermeiros por género.....	150
Tabela 33: Distribuição de Enfermeiros nos Hospitais por sexo.....	151
Tabela 34: Distribuição de Enfermeiros por grupos etários e sexo	151
Tabela 35: Distribuição de Enfermeiros por título	153
Tabela 36: Grau académico	153
Tabela 37: Distribuição de Enfermeiros por distrito	153

NOTA INTRODUTÓRIA

Este trabalho constitui uma tese intitulada “A introdução das novas medidas de gestão nos hospitais EPE e a Enfermagem”. Criada no âmbito do 2º ano do 6º Mestrado em Bioética, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, adaptada ao processo de Bolonha, com a intenção da obtenção do grau de Mestre em Bioética.

Eu, Susana Caetano¹ sob orientação da Professora Doutora Guilhermina Rêgo, que leccionou a disciplina “Ética em Prioridades de Saúde”, estruturamos este trabalho.

Tratando-se a Bioética de um saber pluri e interdisciplinar, há uma vastidão de temas passíveis de serem explorados, pelo que se teve de cingir a um tema.

Citando Luís de Araújo “De facto, é vasto o âmbito deste quadrante do saber que desde há trinta anos foi designado por um investigador de oncologia, Potter, da Universidade de Wisconsin (E.U.A.) por bioética para significar uma nova ‘ciência da sobrevivência’, mas que ganhou uma expressão e um sentido bem mais específico na perspectiva de um obstetra holandês, André Hellegers, apontando-a como ética biomédica, entendida como ‘ética das ciências da vida particularmente consideradas ao nível do humano’”. (Araújo L, 2000; p. 121-122)

Em Portugal, o “Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [...] tem sublinhado quatro valores fundamentais, o da dignidade da pessoa humana, o da participação de cada pessoa nas decisões que lhe digam respeito, o da equidade por oposição à discriminação e o da solidariedade entre as pessoas.” (Araújo L, 2000, pp. 125)

O valor absoluto do ser humano expressa-se assumindo a pessoa como um fim em si mesmo. Pelo que, os direitos fundamentais “carecem de efectiva protecção”. (Araújo L, 2000, pp. 133)

No Parecer (14/CNECV/95) intitulado “Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a saúde” salienta-se, como o próprio título indica, que a distribuição e utilização dos recursos para a saúde suscitam questões éticas. A saúde assume um destaque central na sociedade, e na qual se espera que os cuidados de saúde prestados atendam aos direitos e necessidades dos cidadãos, dentro da sua capacidade. A OMS define: “A saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não unicamente a ausência de doença ou de enfermidade.”

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Esta Organização não descarta as condições necessárias para obter saúde: “ (...) a paz, a habitação, a educação, a alimentação, rendimento, um eco-sistema estável, recursos ‘sustentados’, justiça social e equidade”. A saúde assume assim um papel preponderante na qualidade de vida da pessoa. (14/CNECV/95)

A Constituição Portuguesa inscreve, no Capítulo dos “Direitos e Deveres sociais” que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de o defender e promover” (art.64º - 1). “A fonte de todos os direitos é a dignidade humana.” Assim o direito à saúde é entendido como uma responsabilidade individual e da sociedade, pois advém da consideração pela dignidade humana. (14/CNECV/95)

Apesar das expressões “direito aos cuidados de saúde”, “direito à protecção da saúde” ou “direito a condições saudáveis”, é a expressão “direito à saúde” a mais abrangente. (14/CNECV/95)

A afectação de recursos é uma questão ética, que cada vez assume maior importância no Sistema de Saúde Português e no respectivo Serviço Nacional de Saúde (SNS), devido à escassez de recursos, à problemática da equidade no acesso aos cuidados de saúde e portanto à justiça distributiva. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

“A introdução de uma nova orientação de gestão no sector da saúde é um marco importante na reforma estrutural do sistema de saúde. Este fenómeno da empresarialização² é reforçado com a criação de novos estatutos jurídicos para os hospitais (Lei n.º 27/2002). A título de exemplo, a criação de Hospitais SA (Sociedades Anónimas) ainda que transformados, em Janeiro de 2006, em Hospitais EPE³ (Entidades Públicas Empresariais). Neste contexto, é um imperativo ético reforçar todos os instrumentos necessários à protecção dos direitos fundamentais dos doentes, nomeadamente equidade no acesso e qualidade na prestação.” (Rêgo G, 2006; p.5)

Além disto, a procura constante da especificidade do conteúdo da Enfermagem parece assentar em duas vertentes essenciais:

- A necessidade de um conhecimento e saber técnicos próprios;

² Empresarialização é o processo através do qual se agiliza a organização. Nos hospitais EPE introduz-se uma nova cultura organizacional com responsabilização, produtividade, informação e incentivos, dotando os hospitais com uma maior autonomia. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

³ A lista dos hospitais EPE encontra-se no anexo 1.

- A necessidade da existência de competências relacionais, tidas hoje como nucleares. (Henderson, 1969 in Silva D, 2008)

O corpo de Enfermagem como elemento estrutural no Sistema de Saúde Português tem uma ligação estreita com a questão da afectação de recursos.

Os custos dos cuidados de saúde sob o ponto de vista ético são “um problema novo para os médicos”. A ética médica baseada em Hipócrates defende que se deve oferecer tudo o que a ciência permite. (Serrão D, 1998)

Actualmente, esta obrigação tem de ser explanada e tendo em conta os custos dos cuidados de saúde. (Serrão D, 1998)

O trabalho de investigação pretende abordar a questão da afectação de recursos, nomeadamente, as medidas de gestão introduzidas nos Hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE), e a sua influência na Enfermagem. A escolha do tema deve-se ao facto de verificar, empiricamente, ao longo do nosso percurso académico e profissional que os Enfermeiros frequentemente atendem a estes aspectos aquando da prestação de cuidados. Também se optou por este tema devido à sua pertinência, cariz humano, profissional e social patente.

A questão de investigação é: “Como é que as medidas de gestão, introduzidas nos Hospitais EPE, afectam a Enfermagem?”.

Iremos portanto lidar com três grandes vertentes neste estudo: uma referente à afectação de recursos, as medidas de gestão introduzidas nos Hospitais EPE e outra referente à Enfermagem.

Conscientes desta realidade, pretendemos não só fazer uma abordagem dos aspectos relevantes da afectação de recursos para a Enfermagem, mas também uma reflexão sobre a motivação, a adesão, e a forma como se manifesta na prática de Enfermagem.

O objectivo geral do estudo é explorar e descrever o fenómeno relativo à introdução das medidas de gestão nos Hospitais EPE e como estas podem afectar a Enfermagem.

Os objectivos específicos que se pretendem atingir com este trabalho são:

- 1 – Averiguar a utilidade prática das medidas de gestão;
- 2 – Conferir a motivação para os Enfermeiros aderirem às medidas de gestão;

3 – Apurar a influência de outros Enfermeiros, no local de trabalho do inquirido, para a adesão às medidas de gestão;

4 – Averiguar a influência das medidas de gestão no tempo dispendido na prestação dos cuidados;

5 – Determinar a influência das medidas de gestão no número de registos da actividade;

6 – Averiguar a influência das medidas de gestão nos custos económicos associados à prestação de cuidados;

7 – Analisar a influência das medidas de gestão no número de Enfermeiros do serviço;

8 – Averiguar a influência das medidas de gestão na relação Enfermeiro-doente;

9 – Averiguar a influência das medidas de gestão na qualidade dos cuidados de saúde prestados;

10 – Averiguar a influência das medidas de gestão na valorização da profissão;

11 – Deslindar a vontade de obter informação.

Este trabalho divide-se em duas partes. A primeira parte ilustra o enquadramento teórico, fundamental para as etapas seguintes. A segunda parte refere-se à fase empírica do trabalho, em que se foca os passos dados em todo o processo de investigação, incluindo os dados obtidos e a sua interpretação.

Esperamos com este trabalho atingir os objectivos propostos e para que tal aconteça a metodologia a utilizar na sua elaboração consistirá na colheita de dados e pesquisa bibliográfica acerca de assuntos relacionados.

PARTE I:
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PROBLEMÁTICA DA AFECTAÇÃO DE RECURSOS PARA A SAÚDE

A afectação de recursos para a saúde engloba e estabelece relações com as vertentes economicistas da saúde, os cuidados de saúde com os seus aspectos envolventes e a vertente ética, aqui em foco.

Nesta matéria há duas componentes: filosófico-política e a pragmática.

O direito à protecção da saúde estará no centro da problemática da afectação de recursos para a saúde.

1.1 – Direito à Protecção da Saúde

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (Anexo 2), baseia-se na igualdade de direitos entre todos os seres humanos. (Duarte I, in Nunes R, Rêgo G, Nunes, C, 2003)

Como refere Rui Nunes, a plataforma ética da saúde fundamenta-se na dignidade da pessoa, na eficiente utilização dos recursos, “...sob o escrutínio da sociedade e dos seus legítimos representantes...”. São quatro os princípios da plataforma ética da saúde: igualdade de oportunidade no acesso aos cuidados de saúde, universalidade da cobertura dos mesmos, solidariedade no financiamento da saúde e eficiência na utilização dos recursos. (Nunes R, Rêgo G, e Nunes C, 2003, p.7)

A igualdade de oportunidade significa que todos os cidadãos devem ter acesso equitativo à saúde, a cuidados apropriados. Condenam-se as práticas discriminatórias (por ex. perante doentes com VIH). Há que respeitar o princípio da não discriminação. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C. 2003) A OMS admitiu que só haverá saúde com justiça e equidade, como o seu *slogan* “*Equity for all*” demonstra. (Serrão D, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O princípio da universalidade da cobertura ou universalidade no acesso a cuidados de saúde está incluído na Constituição da República Portuguesa, que refere que o direito à saúde é universal. E está igualmente consagrada na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Anexo 3) – Direcção-Geral da Saúde, 1998. (Nunes R in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Esta universalidade e a eficiência na prestação de cuidados dependem de um financiamento equitativo. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo, G e Nunes, C, 2003)

O princípio da solidariedade no financiamento está relacionado com o facto de a saúde ser dispendiosa. O modelo de financiamento baseado na solidariedade é fundamental para garantir os dois princípios anteriores. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O princípio ético e filosófico-político, solidariedade no financiamento, representa que nós publicamente desejamos que haja unidade e estamos dispostos a pagar. Próximo do princípio da beneficência de Beauchamp e Childress. (Nunes R, 2003)

Daniel Serrão alerta para a possibilidade de colisão entre a solidariedade no financiamento e os valores da liberdade e autonomia da pessoa, por exemplo uma pessoa quer ter direito aos cuidados de saúde que entenda que lhe devem ser prestados, sem os pagar, mas numa acção preventiva para a saúde sobre o consumo de tabaco pode-se sentir ofendido porque a pessoa fuma. A solidariedade no financiamento também pode colidir com a responsabilidade individual, por exemplo o fumador informado e consciente dos riscos que corre, usufruindo da sua liberdade e autonomia, quando tem cancro do pulmão ao consumir cuidados de saúde gasta dinheiro financiado por todos, inclusive daqueles que não fumam seguindo as normas de educação para a saúde. Serrão defende que a par do direito à protecção da saúde tem de coexistir deveres e responsabilidade. (Serrão D, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A responsabilidade individual é cada pessoa valer-se dos seus recursos financeiros para satisfazer as suas necessidades individuais, pois os recursos são limitados. Constitui um dever ético. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

É também dever do doente zelar pela sua saúde e a dos outros, é preciso acarinhar as recomendações para estilos de vida saudáveis. (Antunes M., in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Aliás como refere Rui Nunes, a equidade no acesso e a solidariedade no financiamento são princípios constitucionais, pressupostos alienáveis para que o SNS seja mais justo e solidário, constituem a justiça social, tendo em conta os recursos ESCASSOS. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O mesmo autor sublinha que é necessária uma boa utilização dos recursos. Como há escassez dos mesmos, as intervenções tomadas devem trazer mais valor ao dinheiro (*Value for Money*). Este princípio remete para a prática da medicina baseada na evidência - MBE. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003).

Com eficiência e eficácia, o Euro-Saúde representa a melhor eficiência da utilização dos recursos que gera um sistema mais justo e com melhor qualidade, que cada Euro-Saúde seja bem aplicado. (Serrão D, 1999 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003).

Saúde e responsabilidade social, corresponde ao Artigo 14º da Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos da Unesco – DUBDHU, 2005. (Anexo 4)

Este Artigo 14º refere uma componente intersectorial na saúde, questão da medicina preventiva, sexualidade responsável e educação para a saúde, o qual deve ser perspectivado como um grande instrumento de justiça social.

Uma decisão sobre a afectação de recursos é justa alegando recursos limitados e se não houver discriminação negativa de indivíduos. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Daniel Serrão considera que para se falar de protecção de saúde, é preciso saber o que é a saúde e quais as ameaças que esta incorre para a poder proteger. Este mesmo autor encara o “adoecer humano...um acontecimento biográfico e individual” que se pode tornar “social e público” quando somado e relata que a “saúde corporal é o resultado de um estado em que todas as partes e processos do corpo realizam, internamente, o equilíbrio...”. Gadamer citado por Daniel Serrão afirma que “a saúde é a harmonia rítmica da vida, é um processo constante em que se restabelece sempre o equilíbrio” e ainda refere que “a saúde está sempre num horizonte de perturbação e de perigo”. (Serrão D, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p.12-13)

Há uns anos atrás a saúde era definida como o oposto ou ausência da doença, contudo evoluiu para um bem-estar bio-psico-social (definição da Organização Mundial de Saúde - OMS), que denota uma visão holística e a passagem de uma visão negativa para positiva. Os problemas de saúde podem ter perspectivas diferentes sob os pontos de vista médico, pessoal e social, por ex.: *disease*, *ilness*, e *sickness*. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003) A OMS posteriormente inclui no conceito de saúde o bem-estar espiritual.

Para Norman Daniels esta não é uma definição de saúde mas de felicidade, de qualidade de vida porque a sociedade não se consegue organizar de modo a proporcionar o bem-estar individual. (Daniels N, Light D, Caplan R, 1996)

Já Serrão, 1999, considera que são necessárias condições físicas, psicológicas e sociais para se obter liberdade e autonomia. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O direito à protecção da saúde é um direito básico, de natureza individual e é um investimento social, é o resultado de uma cultura civilizacional. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Para Daniel Serrão, a protecção da saúde tem o objectivo de restituir ao homem o seu equilíbrio, educar as pessoas para alcançar e manter esse estado, e, prestar cuidados médicos aos doentes. Ainda de acordo com este autor este direito é civilizacional pois a civilização desenvolve condições para proteger a saúde. (Serrão D, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Loewy, 1998, em “*Justice and health care systems: what would an ideal health care look like*” defende que a protecção da saúde é uma das grandes conquistas de uma sociedade democrática e plural. (Loewy E, 1998)

O direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover está consagrado no Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, que refere que o direito à saúde é universal, geral e tendencialmente gratuito. (Barros P, 2005)

O princípio constitucional da gratuidade dos cuidados de saúde, estabelecido no passado, foi modificado para tendencialmente gratuito, devido à evolução económica e social que tornou essa gratuidade impraticável. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Para Norman Daniels, na sua obra “*Benchmarks of fairness for health care reform*”, é um direito positivo, do ponto de vista da filosofia da saúde em que se faz algo para que o objectivo se concretize. Este direito é expressão da dignidade da pessoa humana. (Daniels N, Light D, Caplan R, 1996)

A saúde é um bem individual, que envolve a questão da lotaria biológica e genética. É também um bem social, pois a promoção da saúde é um investimento social que compete com outros bens primários. (Giraldes M, 1997)

Os filósofos mais liberais falam de lotaria biológica e genética, e, referem-se à falta de saúde como um infortúnio porque não decorre da má acção de alguém. Para o pensamento europeu a falta de saúde é uma injustiça. (Giraldes M, 1997)

Como refere Manuel Antunes, a saúde é um investimento social. Por ex: os funcionários do Estado precisam de estar bem de saúde para puderem trabalhar. Uma sociedade saudável é mais coesa e mais dinâmica. (Giraldes M, 1997)

Pode haver motivos sérios para que uma sociedade se organize para o bem da pessoa para além de ser um direito, por ex: Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas – ADM e a Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública – ADSE. (Giraldes M, 1997)

Como refere Rui Nunes, não se deve falar da afectação de recursos para a saúde sem enunciar a universalidade de cobertura dos cuidados de saúde e a equidade no acesso aos mesmos, mas também valores como a liberdade de escolha e a diferenciação técnica e relacional dos profissionais de saúde. O autor acredita ainda que numa sociedade plural, secular e democrática como a nossa (cuja essência engloba a dignidade humana e os direitos fundamentais), (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003) o direito à protecção da saúde é considerado um direito civilizacional, que implica a universalidade de acesso da população a um pacote básico de cuidados de saúde, determinado por procedimentos justos e transparentes, no qual é necessário estabelecer prioridades na saúde e promover a eficiência dos recursos utilizados, (Nunes R, Rêgo G, 2002) sob critérios de responsabilidade. E só assim se poderá concretizar humanização plena e integrante na saúde. (Nunes R. in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

D'Intignano, 2001, defende conciliar a equidade, solidariedade, vontade social, procedimentos determinados democraticamente, aplicar critérios de justiça e atender às necessidades básicas das populações. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Numa democracia plural, as pessoas têm direitos como o da protecção da saúde, mas também o dever de proteger a sua saúde. (Nunes R, 2003)

A par do direito coexiste o dever, tal como contempla a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Anexo 3). É dever do utente, zelar pelo seu estado de saúde em consequência da sua autonomia e da responsabilidade que daí advém. É ainda dever do doente utilizar os serviços de saúde de forma correcta e de evitar gastos desnecessários, por exemplo: gerir o consumo dos medicamentos, adoptar estilos de vida saudáveis, recorrer aos serviços de urgência apenas quando necessário. (Direcção Geral da Saúde, 1998)

A propósito da problemática da escassez de recursos e questões éticas inerentes, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida elaborou o Parecer 14/CNECV/95, intitulado “Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde”, já abordado.

Ainda numa perspectiva ética, as teorias da justiça permitem-nos visões diferentes sobre este conceito.

1.2 – Teorias da Justiça

A justiça distributiva abraça a sociedade e a cultura. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Robert Solomon e Mark Murphy, 2000, no livro “*What is justice*”, descrevem o significado da justiça. A justiça é o mecanismo que pretende regular as relações entre as pessoas na sociedade. Justiça distributiva refere-se às pessoas e distribuição de bens. “Justiça é dar a cada um o que lhe é devido” ou “Justiça é cada pessoa desenrolar o papel devido na comunidade”. (Nunes R, Rêgo G, 2002; p. 5)

O princípio de igualdade formal de Aristóteles, representa a equidade horizontal e vertical, defende, respectivamente, que se deve tratar iguais de forma igual e, desiguais de forma desigual. (Nunes R, Rêgo G, 2002).

Outra designação é princípio formal da justiça. (Duarte I, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Há princípios materiais, mas não há acordo quanto à hierarquia:

- Princípio da igualdade radical – afectar os bens a partes iguais, como a vacinação;
- Princípio da necessidade – dar a cada um de acordo com as suas necessidades, como o acesso à emergência médica;
- Princípio do mérito material – como as notas de acesso a medicina;
- Princípio do esforço – quanto maior o esforço mais recebe. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A justiça distributiva concorre para a justiça contributiva, através do pagamento de impostos. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Como vamos regular as selecções da afectação de recursos numa sociedade estruturada, tendo em conta a justiça? (Nunes R, Rêgo G, 2002)

I. Igualitarismo Qualificado/Contrato Social

A teoria do igualitarismo qualificado ou contrato social foi criada por Rawls em 1971: “*A Theory of Justice*”. Rawls designa esta teoria por “*Justice as Fairness*”, e inicia-se na base hipotética da “*Original Position*”. (Rawls J, 1971)

A base filosófica propõe que imaginemos que não sabemos nada da nossa história (“Véu da ignorância”), e partindo daqui como é que se decidiria, a afectação de recursos. Nestas circunstâncias, decidiria de modo a que não saísse muito prejudicado. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

As cinco condições das pessoas, na posição original, são:

- Estarem motivadas;
- Desconhecerem os seus interesses, o seu plano de vida, as suas capacidades, o seu género, nem a sua posição económica e social (“Véu da ignorância”);
- Saberem as condições gerais da vida humana, ou seja, as pessoas e a vida social;
- Terem conhecimento que têm de escolher os princípios fundamentais, pelos quais as instituições da sociedade têm de se organizar e evoluir;
- Entre os princípios alternativos têm de escolher a regra máxima, ou seja, a regra decisiva que indica a alternativa na qual a pior possibilidade de consequência é pelo menos tão boa quanto a pior possibilidade de consequência de qualquer outra alternativa. (Rawls J, 1971)

A partir destas condições, a pessoa tem de escolher os princípios e quais dos princípios é a regra máxima, imaginando que pode ser uma das pessoas mais desfavorecidas da sociedade. (Rawls J, 1971)

Assim, sobre o véu de ignorância, cada um só escolheria princípios justos, pois para ser justo consigo tem de ser justo com todos. (Rawls J, 1971)

O princípio da liberdade equitativa defende que cada pessoa tem o máximo de liberdades civis compatível com a mesma liberdade para todos. (Rawls J, 1971)

O princípio da diferença designa que as desigualdades são permitidas só se elas forem trabalhadas para a vantagem de cada um e, para posições, trabalhos, papéis nos quais as desigualdades conduzem a oportunidade de equidade. (Rawls J, 1971)

O véu da ignorância é como um filtro, que estrangula princípios que apelem ao interesse de apenas alguns. (Rawls J, 1971)

Para Rawls, o princípio da liberdade equitativa seria escolhido porque há direitos que todos querem como: liberdade de pensamento, de discurso, de respeito, o direito de uso exclusivo de propriedade pessoal. As pessoas querem estes direitos para perseguir os seus interesses. E o princípio das diferenças seria escolhido porque se as desigualdades na sociedade servissem para melhorar cada pessoa e a sociedade, mais do que numa sociedade toda igual. E assim surge a igualdade equitativa de oportunidades. (Rawls J, 1971)

O pressuposto é a sociedade democrática. O princípio é a liberdade e cada um ter acesso ao mais completo pacote de liberdades básicas. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Rawls (1971) sustenta igualitarismo qualificado e não radical. Numa sociedade moderna não podemos ser todos tratados de forma igual porque somos diferentes. Mas igualdade efectiva de oportunidades para que cada um se desenvolva. Somos iguais em direitos e liberdade e tudo o resto é diferente. Há uma linha protectora. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A teoria da igualdade de oportunidades, designada por contrato social, defende que todo e qualquer cidadão devem estar em circunstâncias idênticas para aceder aos bens sociais primários. (Duarte I, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Todo aquele que exerça o direito à liberdade individual, na sua relação com a sociedade, tem também o direito de desempenhar um papel na sociedade de acordo com o seu mérito. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A sociedade deve organizar-se para assegurar bens básicos como a saúde. Foram os seguidores de Rawls, como Norman Daniels, que aplicou à saúde. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A verdadeira justiça distributiva tem a ver com as possibilidades que se confere às pessoas para se desenvolverem, é uma discriminação positiva. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A doutrina da igualdade equitativa é a teoria mais parecida com o modelo europeu.

(Nunes R, Rêgo G, 2002)

Esta teoria não é aceite por todos. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Na “*Original Position*” as pessoas têm de se colocar num estado de ignorância inclusive sobre elas próprias, quando na realidade isso não acontece. (Rawls J, 1971)

II. Teoria libertária

A teoria libertária de Robert Nozick foi criada em 1974, na obra “*Anarchy, state and utopia*”.

Defende que os pressupostos de Rawls são errados porque nenhum de nós está sob o “Véu da ignorância” e a sociedade desenvolve-se a partir do que já existe. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Os valores que estão em causa (liberdade e igualdade de oportunidades) são importantes mas esgotam-se. Para uma pessoa ser livre tem de poder autodeterminar. Por ex: quando os escravos foram libertados, ficaram pior, porque não tinham casa ou trabalho. São necessárias condições materiais. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Os valores nucleares incluem: a liberdade ética pessoal e a propriedade privada (material que permita a sobrevivência, bens seus). (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Introduz o conceito de justiça processual ou reparatória, isto é, o justo é justo se for obtido por mútuo acordo. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Para os libertários, não há direito à protecção da saúde. O estado é minimalista no sentido em que a expropriação coerciva através dos impostos só é legítima para bens que não podem ficar à responsabilidade das pessoas, como a protecção das florestas e a saúde pública. Tudo o resto que pode ficar à responsabilidade das pessoas, como a saúde, cabe a si pagar o que gasta. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Há protecção pública de alguns segmentos da saúde mas não há um programa nacional de saúde do Estado. Esta teoria é muito influente nos EUA mas também acaba por influenciar a Europa. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A teoria libertária, como o nome indica, enfatiza a liberdade individual como sendo central e preocupação exclusiva de justiça social. Uma sociedade justa tem de garantir e proteger a liberdade de cada indivíduo para que possa perseguir os seus desejos. As pessoas são racionais para puderem escolher, cada pessoa deve ter a mesma liberdade para perseguir as suas escolhas, que cada um é obrigado a abster-se de interferir na liberdade dos outros e a função do Estado é proteger a liberdade individual. (Nozick R, 1974)

O filósofo libertário John Hospers, na sua obra “*The Libertarian Manifesto*” refere que: “[E]very person is the owner of his own life[;]...no one is the owner of anyone else's life, and...consequently every human being has the right to act in accordance with his own choices, unless those actions infringe on the equal liberty of other human beings to act in accordance with their choices. No one is anyone else's master and no one is anyone else's slave. Other men's lives are not yours to dispose of. (Sterba J, 1999; p.24-25)

Os direitos reconhecidos pela teoria libertária são as mesmas liberdades civis de Rawls. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Nesta teoria, cada pessoa tem o direito de adquirir propriedade (inclui roupa, automóvel, terrenos, livros), essencial para a liberdade individual. O direito à propriedade é também o direito de obter de forma não coerciva o dinheiro ou serviços. Além disso, privar as pessoas de propriedade é privá-las dos meios através dos quais elas vivem. A liberdade do indivíduo é fazer o que ele deseja com a sua vida e fazer planos para o futuro. Os direitos de propriedade é que tornam possível os planos. (Nozick R, 1974)

John Hospers demonstra a teoria com o seguinte exemplo: dois homens estão sozinhos numa ilha e eles acordam que cada um cultiva metade da ilha. O primeiro homem torna-se um industrial e faz crescer uma plantação e constrói um abrigo. O segundo homem, descansa ao sol, alimenta-se de cocos e faz o mínimo de trabalho para sobreviver. Na altura da colheita o segundo homem não assiste o primeiro. Quando o segundo homem tem fome porque falta comida, ele vai ter com o primeiro homem. O primeiro homem pode escolher livremente dar parte da sua colheita como caridade uma vez que o outro tem fome, mas não é obrigação do primeiro homem. Nem o segundo homem tem o direito a receber comida. (Sterba J, 1999)

Para Rawls, a teoria libertária não contempla a necessidade de um *background* de condições de justiça (estrutura e disponibilidade de oportunidades para perseguir os seus objectivos). Esta teoria requer atenção às transacções individuais livres de coerção e fraude para serem justas. (Rawls J, 1996)

III. Utilitarismo

A filosofia é o melhor para o maior número de pessoas, a busca do bem comum devido à utilidade. Tem expoente máximo nos EUA. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Mas contempla as condições gerais mínimas requisitadas para as necessidades básicas do indivíduo, que têm de ser satisfeita em ordem de não causar danos mentais e físicos: comida, abrigo, cuidados médicos. As necessidades básicas são um pré-requisito para o indivíduo ser livre e construir uma vida. (Sterba J, 1999)

As excepções constituem problemas do ponto de vista ético:

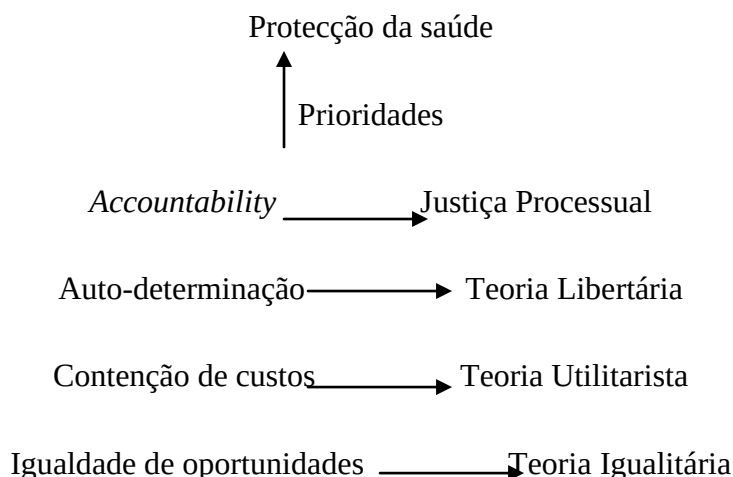
- O bem individual não se sobrepõe ao bem comum;
- Tem poder arbitrário, discricionário;
- Desvaloriza as pessoas idosas e põe em causa as minorias. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Para Rawls, esta forma de organização social pode conduzir a injustas decisões institucionais, questiona-se se o que é racional para um homem também o é para uma associação de homens. Como o bem-estar de uma pessoa é construído de uma série de satisfações experienciadas em diferentes momentos no curso da sua vida, também assim o bem-estar da sociedade se constrói da realização dos indivíduos que a compõe. O utilitarismo não reconhece que as perdas e os ganhos da sociedade podem ser sentidos por diferentes pessoas. (Rawls J, 1971)

IV. Inter-relação entre as diferentes perspectivas da justiça distributiva

Neste domínio, Rui Nunes e Guilhermina Rêgo criam uma conjugação piramidal, de todas as visões – Figura 1. (Nunes R, Rêgo G, 2002; p.14)

Figura 1: Inter-relação entre as diferentes perspectivas da justiça distributiva



A base deve ser igual, mas não chegar ao fim igual. Quanto à contenção de custos, é uma questão ética fazer uma análise de custo/benefício, custo/utilidade e custo/effectividade. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

O consentimento informado, a liberdade de escolha em termos de instituição, são atitudes de autodeterminação. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

As prioridades são éticas se os critérios forem transparentes, claros e previamente determinados – justiça processual. É necessário esclarecer o motivo pelo qual se faz a escolha. Já se faz em países anglo-saxónicos. A *accountability* tem no outro lado da moeda o *empowerment*, ou seja, dar o poder à população. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A interpretação ao direito da protecção da saúde passa pela atenção às culturas. Como refere Rui Nunes, é necessário “ver o todo” ou “*the global picture*”, para compreender esta matéria. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Sempre se estabeleceram prioridades, implícitas, por ex: um doente com Hepatite B é transplantado primeiro do que um doente com cirrose hepática alcoólica; os médicos ingleses deixam os fumadores para operar em último, sendo isto de conhecimento público. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

O modelo de desenvolvimento da nossa sociedade foi-se transformando em torno do conceito de *Welfare State* de Bismark – bem estado social que pretende garantir valores nucleares, para que todos os cidadãos tenham um mínimo bem-estar físico e psicológico. Esta é condição para a liberdade.⁴ (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Para Humber, 1995, este Estado de Providência integrou o seu ideal de justiça na sociedade. A justiça é perspectivada no sentido de ser distribuída por todos e não servindo apenas para corrigir. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Deste conceito surgiu o problema da insustentabilidade. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

1.3 – Problemática da Escassez de Recursos

A saúde é preciosa para o indivíduo. É crucial promover cuidados de saúde para se obter uma estabilidade pessoal e social. (Béresniak D, 1999)

“...O objectivo prioritário de qualquer sociedade é o de melhorar o nível de cuidados de saúde disponíveis, promovendo desta forma o bem-estar das populações com o consequente crescimento do seu grau de satisfação”. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O consumo da despesa em saúde é um problema real e actual, o qual o Governo tem que enfrentar. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Nesta temática exploraremos o enquadramento internacional e a problemática do financiamento em Portugal.

⁴ Na perspectiva da justiça distributiva, o *Welfare State*, corresponde à “implementação de uma política de redistribuição da riqueza de modo a proteger determinados bens valorizados pela sociedade. Nomeadamente, e entre outros, a saúde, a educação ou a segurança social.” (Rêgo G, 2008; p.24)

1.3.1– Enquadramento Internacional

Como refere Rui Nunes, o aumento das despesas em cuidados de saúde conduziu à reformulação dos modelos de assistência em saúde. (Rêgo G, 2008)

O sistema de saúde em Portugal, tal como os restantes membros europeus, tem-se, debatido com problemas de “sustentabilidade financeira no médio prazo. Ou seja, com a possibilidade de, no futuro, não ser financeiramente suportável, a menos que medidas enérgicas sejam introduzidas no seu funcionamento e que conduzam, ou ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, ou ao aumento da receita.” (Correia de Campos, 2007)

“Os gastos com a saúde, em Portugal, como nos países da UE e da OCDE, têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao PIB.” “De acordo com dados da OCDE, o peso dos gastos públicos com a saúde em Portugal passou de 3,6% em 1980 para 7,2% em 2004, ou seja, duplicou em termos relativos nestes 25 anos.” (Correia de Campos, 2007)

“Nos últimos 15 anos com informação comparável, entre 1990 e 2004, considerando a média dos países UE15, verificou-se que o peso dos gastos públicos no total dos gastos com a saúde tendeu a diminuir 1,3% mas em Portugal, no mesmo período, a proporção dos gastos públicos no total cresceu 6,4%, numa tendência inversa à da média UE15”. Correia de Campos defende que são necessárias atitudes que “aumentem a eficiência e assegurem a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, e em particular, do SNS. Esta é uma condição indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal, que inspira o SNS.” A eficiência e eficácia do SNS torna-se uma questão ética porque se o SNS não for eficiente, não contribui para ganhos em saúde e não é justo. (Correia de Campos, 2007)

A “Doença de Baumol” indica que o baixo crescimento da produtividade no sector da saúde e a uniformidade dos salários, provocam o crescimento dos custos. Os gastos com a despesa pública em saúde em Portugal poderão atingir os 9,5% do PIB já em 2010 e 20,9% do mesmo em 2030. Os dois caminhos mais plausíveis a curto prazo, são aumentar a eficiência ou incrementar o financiamento e provisão pelo sector privado e outras instituições de cariz social. (Jalles J, Salvado J, 2008)

É necessário melhorar os mecanismos de funcionamento no sector da saúde para maior eficiência económica e adoptar políticas de contenção de custos, consequentemente com melhor utilização de recursos escassos. Os progressos tecnológicos reais aumentaram os custos com a saúde. Se, por um lado, aumentou o consumo, por outro, o custo também subiu. Segundo o relatório da OCDE de 2008, Portugal é o sexto país, de entre os 30 que integram a OCDE, com a maior despesa de saúde (pública e privada). (Jalles J, Salvado J, 2008)

Ainda de acordo com o mesmo relatório, 10,2% do PIB Português destina-se a pagar cuidados de saúde, o que coloca o país acima da média dos países que integram a OCDE que é de 8,9%. Cada português despende em média 1359 euros em saúde, valor idêntico ao pago por espanhóis e gregos, que compara com uma média global de 1810 euros. Enquanto os norte-americanos despendem *per capita* 4304 euros, e os mexicanos 509 euros. (Jalles J, Salvado J, 2008)

Em Portugal registou-se um crescimento dos custos, proporcional ao crescimento do rendimento nacional. “O peso da componente trabalho deste serviço é difícil de diminuir, devido principalmente à resistência inerente deste sector à standardização e pelo facto da qualidade estar correlacionada com o montante de trabalho usado na produção.” (Jalles J, Salvado J, 2008)

“O Sector da Saúde nos países da OCDE passou por duas fases distintas desde o final da segunda guerra mundial até esta parte. A primeira foi de expansão acelerada e durou até início dos anos 70, enquanto a segunda fase perdura até hoje e tem sido alvo de crises, com dificuldades de financiamento e uma referência constante à necessidade de controlar custos.” (Jalles J, Salvado J, 2008)

“Desde 1970, o crescimento das despesas em saúde, em percentagem do PIB, comparando Portugal com a média dos países da OCDE, verifica-se uma evolução crescente da série com uma aceleração a partir do início da década de 90 para Portugal, tendo mesmo ultrapassado a média da OCDE em 1995.” (Jalles J, Salvado J, 2008)

Em 2006, os países da OCDE despenderam, em média, 9,1% do seu PIB às despesas com a saúde, acima de 7,1% em 1990 e acima dos 5% em 1970. A proporção do PIB consagrada às despesas com saúde varia desde 6,8% na República Checa, até 15,3% nos EUA. (Jalles J, Salvado J, 2008)

Suíça, França, Alemanha e Portugal, consumiram respectivamente 11,3%, 11,1%, 10,6% e 10,2%, do seu PIB com saúde, assim tal como os EUA aumentaram os seus gastos. (Jalles J, Salvado J, 2008)

No período de 1989 a 2006, o preço dos serviços médicos aumentou aproximadamente 238% em termos absolutos enquanto os preços na economia portuguesa no geral aumentaram 121%. (Jalles J, Salvado J, 2008)

Perante tal cenário de gastos em saúde, debate-se com um problema no financiamento do sistema de saúde.

1.3.2 – Problemática do Financiamento no Sistema de Saúde em Portugal

“Em Portugal, o serviço público de saúde é financiado quase exclusivamente através dos impostos provenientes do esforço contributivo dos cidadãos e das famílias portuguesas (IRS), das empresas (IRC) e da tributação sobre a transacção de bens e serviços, de que o IVA é o mais importante.” (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p.23)

Citando o relatório do Tribunal de Contas, 2003, intitulado “Auditoria à situação financeira do Serviço Nacional de Saúde”, “O sistema de financiamento do SNS baseia-se, essencialmente, no imposto, pois compete ao Estado, constitucionalmente, garantir os recursos necessários à prossecução dos fins que ele próprio se propôs realizar em matéria de saúde, para permitir às populações o acesso a cuidados de saúde.” (Tribunal de Contas, 2003)

“Assim, as instituições integradas no SNS são financiadas fundamentalmente através de transferências provenientes do Orçamento do Estado. Para além destas receitas as instituições também se financiam através de receitas próprias. As transferências provenientes do Estado são, na óptica da contabilidade patrimonial, genericamente atribuídas sob a forma de subsídio de exploração e os critérios para a distribuição de verbas pelas instituições têm vindo, nos últimos 5 anos, a privilegiar, de forma progressiva, os dados relativos ao factor produção em detrimento dos dados históricos.” (Tribunal de Contas, 2003)

“Em 2000 o orçamento global de receita do SNS evidenciou um acréscimo significativo (25%) em relação ao ano anterior. Todavia, este acréscimo de receita decorreu fundamentalmente da inscrição nos orçamentos das instituições de uma receita fictícia”. (Tribunal de Contas, 2003)

Assim, pelo menos 25% das despesas com a saúde são desperdiçadas na utilização indevida dos recursos atribuídos à saúde. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Rui Nunes indica que “Algumas das estratégias implementadas na Europa para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, têm sido dirigidas ou para a diminuição da despesa global ou para um aumento das transferências financeiras para o sistema público de saúde. A partilha de custos através da implementação de co-pagamentos tem sido também uma prática corrente [...]. Porém, num quadro de fraco crescimento económico, aumentar os fluxos financeiros para a saúde tem um elevado custo de oportunidade [...]”. (Rêgo G, 2008; p. 18)

Rui Nunes refere ainda que “a saúde não se encontra desinserida do todo social, sendo fundamental um esforço intersectorial para se alcançar a equidade distributiva”. O Ministério da Saúde pode ter que competir com outros bens primários e sociais como a agricultura, o ambiente e a defesa social, entre outras. Este custo de oportunidade não é só entre sectores mas dentro do próprio sector da saúde. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p. 22)

A competição com outros bens primários é muito complexa porque tem a ver com a noção de custo de oportunidade (aquilo que se está disposto a sacrificar para ter outra coisa). Os bens públicos que a sociedade oferece são escassos e esgotáveis. (Giraldes M, 1997)

Do Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007, sumaria-se que “a generalidade dos sistemas de saúde dos países da OCDE se confronta com uma constante insuficiência de fundos, tendo sido criadas novas formas, complementares, de financiamento, mas sem pôr em causa, nos seus princípios gerais, o modelo inicial adoptado por cada país. Em países com um modelo de SNS tem-se registado uma progressiva separação dos papéis de financiador, regulador e prestador, assumindo o Estado os dois primeiros, e delegando a prestação noutras entidades, mediante mecanismos de contratualização. Não se observaram, porém, nos últimos anos, alterações importantes no modelo de captação de fundos.”

Deste mesmo relatório sublinha-se que “os co-pagamentos exigidos às famílias na prestação pública têm uma muito reduzida expressão em termos de contribuição para o financiamento. É no sector do medicamento que a participação dos utentes é relativamente elevada, o que se deve, por um lado, a taxas de comparticipação comparativamente baixas, com poucas isenções de pagamento, e por outro lado, a níveis de utilização de fármacos relativamente elevados.” Enuncia que “Em Portugal, o sistema de benefícios fiscais, em especial as deduções à colecta de IRS, caracteriza-se por regressividade.”

Portugal é um dos países com maior consumo *per capita* de medicamentos. Uma maior despesa com medicamentos não equivale a melhor qualidade de atendimento de utentes. Entre 1985 e 1995 a despesa com medicamentos aumentou 500%, pelo que se denota a importância da prescrição. Quanto aos medicamentos, a despesa com os mesmos diminuiu um pouco mas ainda tem um peso elevado na factura da saúde. (Rêgo G, Nunes R, Brandão C, 2000)

No relatório de 2007, conclui-se que “Para garantir a sustentabilidade financeira do SNS é necessário adoptar diversas medidas simultaneamente, não sendo identificável uma que, por si só, a assegure.” E que “Há uma grande dependência da sustentabilidade financeira do SNS em relação a factores exógenos ao sector da saúde, como sejam a evolução da restante despesa pública e das receitas do Estado.”

A Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, no relatório enunciado, recomenda: manter o sistema público de financiamento, aumentar a eficiência, estabelecer prioridades, rever o regime das isenções das taxas moderadoras.

Dado que a procura de cuidados de saúde não é facilmente previsível e daí não ser facilmente controlada, tal facto reflecte-se nos custos. Para um acesso aos cuidados de saúde mais equitativo seria pertinente controlar os custos. As necessidades são ilimitadas em oposição aos recursos que são limitados e escassos, que gera duas questões cruciais: o estabelecimento de prioridades na saúde e quem decide a aplicação dos recursos limitados. (Mullen, 2000 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

É necessária uma avaliação sistemática da proveniência dos recursos financeiros bem como da sua aplicação para que o financiamento seja equitativo. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O próprio sistema fiscal deve também ser justo, transparente e eficaz para que os recursos daí obtidos possam ser distribuídos eficientemente no sistema de saúde. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003).

A saúde é um bem indispensável para todas as pessoas, porém para esta ser obtida tem um custo elevado. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003) Consome-se mais dinheiro em acções curativas que preventivas. (Serrão D, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Os custos na saúde estão desequilibrados e isto deve-se a:

- Transição demográfica – envelhecimento e queda da taxa de natalidade;
- Aumento da esperança de vida;
- Evolução científica e tecnológica – a democratização do conhecimento (todos têm acesso ao conhecimento);
- Consumismo desmesurado; (Rêgo G, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)
- Maior exigência da sociedade. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)
- Melhoria das condições de vida, que origina um aumento da procura dos serviços de saúde. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)
- Aparecimento ou reforço de doenças como VIH, Alzheimer, entre outras;
- Aumento da demografia médica; (Béresniak A, Duru G, 1999)
- Aumento da morbilidade e diminuição da mortalidade. (Frederico M, 2000)

Conrad e Strauss (1983), na sua obra “*A Multipl-Output Multiple-Input Model of the Hospital Industry in North Carolina*” concluíram no seu estudo que existe uma relação de complementaridade entre os serviços de enfermagem e o capital (equipamentos e capacidade instalada), ou seja, a introdução de novas tecnologias promove a procura destes serviços e daí o aumento de custos. O verificar desta situação pode justificar decisões hospitalares como: o limite da capacidade e a estagnação de investimentos. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O Eurostat, em 2007, indica que a tendência será de triplicar o número de idosos com mais de 80 anos em 2050, o que pressupõe um substancial desaparecimento da população activa até essa data, que por sua vez é grave para o financiamento da saúde.

“Em Portugal, costuma dizer-se que na saúde não se gasta pouco, gasta-se é mal”

(Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p.25)

Atribuir mais dinheiro para a saúde não contribui no combate ao desperdício, e até aumenta-o. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

As listas de espera para consulta ou cirurgia, assim como a afluência desmesurada dos serviços de urgência constituintes do SNS são representativas da ineficiência do sistema. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003) No entanto, tem-se monitorizado os resultados das medidas de combate às listas de espera. Por exemplo, de acordo, com o Portal da Saúde, no ano de 2006, na maioria das Administrações Regionais de Saúde (ARS), verificou-se um decréscimo no tempo médio de espera para cirurgia, tal como no número de pessoas incluídas na Lista de Inscritos para Cirurgia (Quadro 1 e 2).

Quadro 1: Evolução do tempo médio de espera para cirurgia por região (meses)

ARS	Janeiro 2006	Junho 2006	Dezembro 2006
Alentejo	6,2	4,8	4,7
Algarve	8,1	6,6	6,7
Centro	9,9	8,0	7,6
Lisboa e Vale do Tejo	8,3	7,9	7,9
Norte	8,0	6,1	5,7
País	8,6	7,3	6,9

Quadro 2: Evolução na Lista de Inscritos para Cirurgia por região

ARS	Janeiro 2006	Junho 2006	Dezembro 2006
Alentejo	6.340	5.426	5.084
Algarve	9.380	8.282	7.844
Centro	78.679	68.389	66.287
Lisboa e Vale do Tejo	71.441	73.827	74.460
Norte	75.585	73.888	71.734
País	241.425	229.812	225.409

Outro exemplo, noticiado também no Portal da Saúde, refere-se ao Centro Hospitalar de Torres Vedras que reduziu, em dois anos, para menos de metade a lista de doentes à espera de cirurgia. “Os 1.903 doentes em lista de espera em Julho de 2006 foram reduzidos para 784 em Julho de 2008.”

No site oficial do Governo de Portugal, Novembro de 2008, enuncia-se que ocorreram “ Melhorias mais significativas alcançadas pelo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia:

- O número de pessoas inscritas para cirurgia é de 181 099, quando a 31 de Dezembro de 2005 era de 241 425;
- A mediana do tempo de espera para cirurgia é de 4,3 meses, quando a 31 de Dezembro de 2005 era de 8,6 meses;
- A média do tempo de espera para cirurgia é de 6 meses.”

Quanto ao Serviço de Urgência, a triagem de Manchester veio contribuir para que os doentes sejam observados por necessidade clínica (classificados de emergente a não urgente). Medida importante na organização do serviço dado que ao mesmo por vezes chegam doentes em número significativo e com problemas distintos. (Morais C, Rodrigues M, in Nunes R, 2003)

A título de exemplo, em 2007, o Hospital de S. João atendeu na Urgência 244.590 doentes. “Entre 1974 e 1980, o movimento assistencial subiu em flecha, sendo particularmente intenso no Serviço de Urgência.” “Em 1980 [...] o Serviço de Urgência atendeu a 298.615 situações [...] mais 200 mil doentes do que em 1974) ”. (Gomes R, 2009; p.96)

As possíveis causas do aumento do número de atendimentos no Serviço de Urgência são: não ser necessária marcação, a falta de acesso a médicos particulares, ser vantajoso para quem tem poucos recursos, receber tratamento independentemente da capacidade para pagar, e, estar aberto aos fins-de-semana, feriados e noite. (Sheehy S, 1998)

Há incapacidade de cobertura com os recursos existentes face às necessidades em saúde. É aqui que surge a problemática ética. Há uma necessidade imperiosa de atender ao modo como os meios são empregues e como são usados. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Se não existe uma eficiente utilização de recursos vamos comprometer a qualidade da assistência ao doente. As questões económicas assumem grande relevância na saúde e têm uma dimensão ética e social. (Frederico M, 2000)

Embora a CRP garanta o direito à protecção da saúde, o mesmo documento assim como outras legislações colocam restrições a este direito de acordo com as capacidades económicas. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003) A sociedade não tem recursos para comportar todos os cuidados de saúde a todos os cidadãos. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

No Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998, concluíram que para uma verdadeira reforma do SNS tem de haver separação entre financiamento e prestação de cuidados de saúde. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003 “De um papel supletivo na área da prestação de cuidados, o Estado passou a assumir todos os papéis relevantes (no planeamento, financiamento, organização, prestação e avaliação).” (CRES, 1998; p. 106)

Prestação de cuidados através de um mercado concorrencial e que seja possível escolher o prestador. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003) “A noção de liberdade de escolha, tem sido sistematicamente combatida nas regras de acesso ao SNS, impondo-se frequentemente aos cidadãos, clínicos gerais, sem hipótese de escolha, consultas e internamentos hospitalares confinados à área de residência e, até, urgências segundo o mesmo critério geográfico. (CRES, 1998; p. 109)

O cidadão deve ter o direito de escolher o seu médico de família, este deve orientá-lo para a utilização de cuidados secundários e, nalgumas circunstâncias, deve haver a possibilidade de acesso a uma segunda opinião.” (CRES, 1998; p. 109)

O financiamento fica sempre a cargo do Estado Regulador e depois o modo como chegar lá é que pode ser diferente (*opting out*, co-pagamento ou outro), isto porque ao manter esta função mantém a equidade e reforça a tarefa de controlo e de poder para garantir os direitos fundamentais da pessoa. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Priorizar perante a escassez de recursos parece ser uma solução para alguns autores.

1.4 – Priorização

As prioridades são justas, possíveis, desejáveis e inultrapassáveis e o como varia de acordo com o pensamento. Há duas linhas de argumentação:

- A corrente *Mainstream* no sentido da autonomia e da responsabilidade pelos seus actos. No entanto, é discutível a cota parte de responsabilidade, por ex: no tabagismo, alcoolismo, estilos de vida por razões de natureza ambiental, cultural e genética. No limite ofende a dignidade e não é de aplicação generalizável. No mundo anglo-saxónico seguem esta corrente.
- Quando um doente ingressa numa instituição de saúde, ele tem dignidade que é independente da doença e dos factores. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

É um imperativo ético fazer escolhas. O modelo de priorização ética da saúde é necessário porque os custos na saúde estão descontrolados. Pôr em prática a plataforma ética da saúde, como refere Rui Nunes, implica priorização ou estabelecimento de prioridades na saúde. De acordo com estes princípios e neste enquadramento axiológico deve-se perspectivar os cuidados de saúde e o futuro. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Para se proceder à priorização é necessária uma eficiência económica máxima e que estejam asseguradas a prestação de cuidados que satisfaçam as necessidades básicas. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Todos os cidadãos devem participar activamente. A procura será sempre maior que a oferta de cuidados de saúde. Terá de ser por decisão médico – política que se determina quais as escolhas. Estas escolhas devem ser públicas e transparentes – *Public Accountability*. (Daniels N, Light D, Caplan R, 1996)

A Lei de Bases da Saúde (Anexo 5) prevê a priorização quando diz que os cuidados de saúde devem ser prestados de acordo com os limites éticos e custos.

A saúde não diz respeito agora só à prestação de cuidados médicos. Faz falta a implementação de áreas como a educação para a saúde. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Assim sendo, há medidas essenciais:

- A lógica do utilizador – pagador (através das taxas moderadoras⁵);
- Pacote básico para o sistema de saúde;
- Reforma administrativa e conceptual através de encerramento de serviços (por ex: maternidades, centros de saúde) e alterações das carreiras profissionais, com a respectiva explicação transparente junto das populações. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

O estabelecimento de prioridades envolve a resposta a três questões fundamentais: Quem? (elegibilidade), O quê? (benefícios) e Como? (custos). (Nunes R, Rêgo G, 2002)

1.4.1 – Países com priorização

A discussão sobre priorização iniciou-se nos anos 80 para responder a razões políticas. (Sabik L, Lie R, 2008)

Na maioria dos países, os cuidados de saúde são geridos e administrados por organizações de saúde que têm a responsabilidade de conhecer as necessidades de uma população. Este fenómeno tem sido foco em várias reformas dos cuidados de saúde. (Mitton C, Donaldson C, 2004)

⁵ “As taxas moderadoras são um instrumento “moderador, racionalizador e regulador do acesso às prestações de saúde”. Permitem, simultaneamente, o reforço efectivo do princípio da justiça social no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).” (Portal da Saúde, 2009)

Em essência, assim que aumentam as reclamações nos recursos, é necessária uma avaliação dos mesmos, pelo que deve ocorrer o estabelecimento de prioridades, permitindo decidir o que se fundamenta ou não. (Mitton C, Donaldson C, 2004)

O que é requerido é uma abordagem sistemática e explícita do estabelecimento de prioridades que seja justa e sempre que possível baseada na evidência. (Mitton C, Donaldson C, 2004)

Problemas de justiça e de eficiência são encontrados em vários sistemas de saúde, de diferentes países. Assim recorrem ao estabelecimento de prioridades para alocar um conjunto limite de recursos a atribuir à sua população. Países como Noruega, Suécia, Países Baixos/Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e o Estado de Orêgon nos EUA, socorreram-se de priorização explícita, com esforços explícitos para direccionar prioridades na saúde. (Sabik L, Lie R, 2008)

Estabelecer prioridades explícitas é necessário para desenvolver métodos justos de alocação de recursos de cuidados e para assegurar legitimidade no processo. (Sabik L, Lie R, 2008)

Os países, atrás enunciados, variam na forma como a sua política financeira influencia o sistema de saúde. Reino Unido e os países Escandinavos têm como base os impostos. Enquanto outros, como os Países Baixos/Holanda e a Nova Zelândia já usam de métodos de segurança social universal. (Sabik L, Lie R, 2008)

Noruega, Países Baixos/Holanda e Suécia desenvolveram princípios para orientar a priorização. Enquanto outros como o Reino Unido, Nova Zelândia e o Estado de Orêgon estabeleceram os serviços a serem providenciados pelo sistema. (Sabik L, Lie R, 2008)

Abordaremos primeiramente os Países Baixos/Holanda, representativo da Europa e O Estado de Orêgon representativo dos EUA.

Países Baixos/Holanda

Nos Países Baixos/Holanda uma nova legislação relativa a seguros de saúde criou a necessidade de decidir que serviços devem ser providenciados num pacote básico a oferecer a todos os cidadãos. (Sabik L, Lie R, 2008)

Em 1990, os Países Baixos/Holanda estabeleceram o “*Committee on Choices in Health Care*”, também designado por “*Dunning Committee*”, para discutir métodos e princípios a fim de estabelecer prioridades. Nesse ano, 95% dos serviços de saúde avaliados foram incluídos no pacote básico. Delinearam quatro princípios prioritários, que seriam aplicados sucessivamente: necessidade, efectividade, eficiência e responsabilidade individual. Estes serviriam de crivo para filtrar e pôr fora serviços que não devam ser justificados publicamente, ao qual designaram por “*Dunning's funnel*” – Figura 2. (Sabik L, Lie R, 2008)

O princípio da necessidade está presente em qualquer intervenção que providencie algum benefício médico. (Sabik L, Lie R, 2008) Necessidade para manter o funcionamento normal de Norman Daniels. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

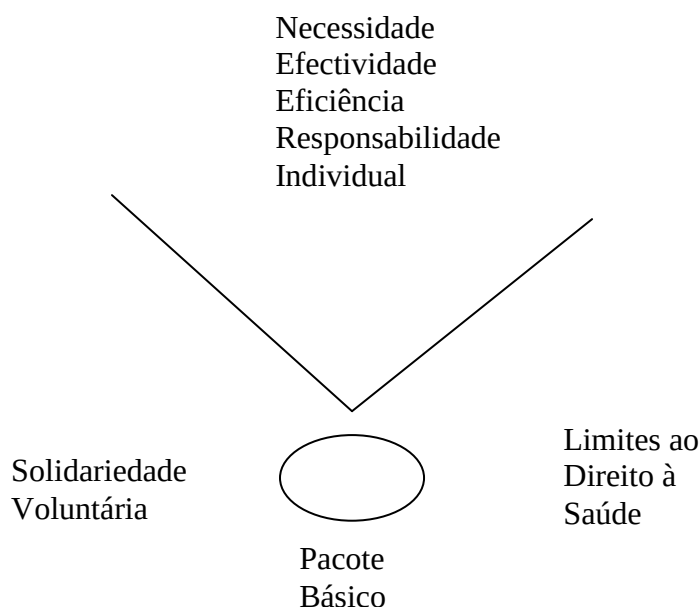
No princípio da efectividade, distinguiu entre intervenções onde havia evidência para um efeito, onde havia evidência limitada, e onde não havia evidência. (Sabik, L. e Lie, R., 2008) Efectividade significa só incluir os tratamentos que mostrem ser efectivos, ou seja, que produzam resultados e têm impactos na população, têm de passar pelo crivo da medicina baseada na evidência. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Os serviços seriam cada vez mais restringidos, para baixo, por aqueles que dessem “*Value for Money*”, por apenas fundamentar serviços eficientes, e finalmente, serviços que seriam melhores negociados pelos próprios indivíduos deveriam ser excluídos, por exemplo o tratamento dentário de rotina de um adulto é necessário, efectivo e eficiente, mas pode ser pago pelo próprio, ficando à sua responsabilidade individual e fora do pacote. (Sabik L, Lie R, 2008) Eficiência corresponde aos tratamentos que são mais eficientes, têm-se em conta o custo mais baixo, por exemplo a ampicilina é mais barata do que outro antibiótico. (Nunes R, Rêgo G, 2002) Este último critério não foi destinado para excluir escolhas de estilo de vida, como doenças causada por maus hábitos alimentares. (Sabik L, Lie R, 2008)

Também houve um foco importante na solidariedade, pois não se verificaram mudanças baseadas na responsabilidade individual para olhar às necessidades das populações mais vulneráveis. (Sabik L, Lie R, 2008)

Introduzem a responsabilidade individual pois há determinado tipo de tratamento, que não há valores na sociedade que justifiquem a inclusão no pacote básico, nem a solidariedade voluntária ou solidariedade compulsiva (por impostos). Assim deixam à responsabilidade individual o tratamento. Por ex.: a PMA – Procriação Medicamente Assistida – existe, infertilidade é uma doença, há tratamento mas a taxa de sucesso é baixa rondando os 25%, logo não é incluída no pacote. Actualmente acrescenta-se o facto de que há baixa de natalidade, ocorre uma inversão da pirâmide demográfica, o que pode forçar a entrada da PMA no pacote básico. Neste caso a eficiência compromete a equidade. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Figura 2: Os critérios de estabelecimento de prioridades: sistema holandês (Rêgo G, 2008; p. 75)



Através de encontros públicos, discutiram-se as prioridades, para a população estar desperta da necessidade de priorização e para encorajar os indivíduos a fazer as suas próprias escolhas tendo em conta as opções de cuidados de saúde. (Sabik L, Lie R, 2008)

O comité holandês estabeleceu um plano para um programa a longo termo, para grupos de pacientes como mulheres e idosos. (Sabik L, Lie R, 2008)

O modelo de priorização holandês é representativo da Europa. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Publicaram um relatório. Este modelo é próximo do Finlandês, Sueco entre outros. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A Europa e os seus valores de solidariedade e de justiça social estão subjacentes ao financiamento. O Modelo Holandês foi o primeiro a justificar no plano ético a justiça distributiva. A plataforma ética abrange a equidade, eficiência, solidariedade e dignidade humana. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

O relatório da Holanda exclui do pacote básico o aconselhamento psicológico, a procriação medicamente assistida e tratamentos dentários, entre outros. Aquilo que não é coberto pelo pacote básico tem de ser pago pelo próprio. Os seguros privados de saúde não são obrigatórios e têm utilidade para as pessoas, para o que não está incluído no pacote básico, ou se, os cuidados de saúde incluem-se na pirâmide de Maslow a partir das necessidades de estima. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Orêgon

O modelo de priorização de Orêgon é representativo, dos EUA, tendo sido iniciado o processo nos anos 90. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A Medicaid só providenciava tratamentos aos que estavam abrangidos pelo esquema. Tentaram eliminar custos elevados, tratamentos de baixa eficiência e eficácia⁶ para usar poder aumentar o número de pessoas cobertas. O “*Orêgon Health Services Commission*” incorporou valores públicos, através de audições públicas, reuniões de Estado e uma linha telefónica. (Sabik L, Lie R, 2008)

A informação reunida foi aplicada no desenvolvimento de “*Quality-of Well-Being Scale*”, cujo uso determina o *ranking* custo-efectividade, condição de tratamento e subsequentemente os serviços a serem cobertos pela Medicaid. Mais tarde, desistiram deste processo e optaram por critérios mais gerais, onde o conhecimento específico e a apreciação intuitiva dos membros da comissão tiveram um papel mais abrangente. (Sabik L, Lie R, 2008)

Em 1989, pediram à população que fizessem uma ordenação de 700 tratamentos que considerariam prioritários e a população como não estava esclarecida por ex.: escolheu tratamentos de estética em vez de tratamentos à apendicite. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

⁶ Eficiência é com o menor esforço atingir melhores resultados. Eficácia é atingir o objectivo. (Frederico M, 2000)

Depois formaram uma equipa de técnicos que explicou junto da população o objectivo e recorreu-se de novo ao escrutínio público. Após esta ordenação, contabilizaram o dinheiro que tinham e seleccionaram os primeiros 587 tratamentos. Em 1994 repetiram e passou a ser 606 tratamentos, aumentaram os tratamentos conforme o dinheiro disponível. Assim não há listas de espera, pois ajustam a cobertura de tratamento conforme o dinheiro. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Existem várias comunidades representadas nesta comissão. Comissão essa que é composta por consumidores, prestadores de cuidados de saúde, seguradoras, serviços sociais, entre outros. (Sabik L, Lie R, 2008)

Os critérios a que obedeceu foram: o custo, a duração do benefício, a probabilidade de ausência de sintomas e prevenção da morte, e, por último, as limitações de natureza operacional, segundo uma metodologia custo-benefício. A comissão de avaliação é necessária porque a diabetes estava para o fim e consideraram tratamentos dentários mais importantes do que o tratamento da apendicite. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Nos anos 60, os EUA desenvolveu os planos de cuidados de saúde públicos Medicare e Medicaid tendo conseguido abranger cerca de 25% das pessoas sem qualquer cobertura privada. O Medicare é para idosos e pessoas em tratamento de diálise renal. O Medicaid é para os mais carenciados. Tal resultou num aumento das despesas públicas com a saúde. A maioria da prestação fica a cargo privado. Se os cuidados prestados forem restringidos informam a pessoa e esta tem de se dirigir ao privado. Os tratamentos acabam por reflectir as doenças prevalentes. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Para Calkthan, idealmente, o sistema de cuidados de saúde deveria ser universal, considerando o sistema injusto. Em 1965, os programas Medicare e Medicaid tinham o intuito de serem os precursores de um programa de saúde universal, o que não aconteceu. Ainda, segundo este autor, a ideia de que em qualquer sistema de priorização se deve combater ao máximo a ineficiência e desperdício tem duas falhas: a própria contenção em demasia tem de usar as técnicas no estabelecimento de prioridades eliminando várias formas de tratamento. A outra falha é não reduzir significativamente os custos com os cuidados de saúde. (Calkthan D, 1991)

O objectivo do sistema de priorização de Orêgon é introduzir reformas imediatas num sistema de saúde. Citando Calkthan *“At the heart of the Oregon effort is a simple perception. If a Medicaid or any other health care budget must be limited, then it makes sense to set priorities as a way of most effectively using the available funds.”* (Calkthan D, 1991)

Abordaremos outros exemplos de países com priorização

Noruega

Neste país, o aumento das listas de espera para tratamento criaram pressão política para uma priorização na lista de espera. (Sabik L, Lie R, 2008)

Em 1987, foi criada a *“Lonning Commission”*, que traçou cinco grupos prioritários:

- *“Emergency care for life-threatening diseases*
- *Treatment which prevents catastrophic or very serious long-term consequences: example, cancer*
- *Treatment which prevents less serious long term consequences: example, hypertension*
- *Treatment with some beneficial effects: example, common cold*
- *Treatment with no documented effects”*. (Sabik L, Lie R, 2008)

Dez anos depois foi criada outra comissão, que considera efeitos potenciais e custo-eficácia. Introduziu quatro grupos prioritários: *“core or fundamental services, supplementary services, low priority services, and services with no priority”*. (Sabik L, Lie R, 2008)

A comissão tentou definir que serviços deviam ser incluídos na primeira categoria providenciando três critérios:

- *“Risk of dying from disease within five years is more than 5–10% (severity)*

- *Increase in probability of five year survival is greater than 10% (expected treatment outcome)*
- *Costs reasonable in relation to benefits*". (Sabik L, Lie R, 2008)

A Noruega também envolveu representantes públicos nas suas comissões. (Sabik L, Lie R, 2008)

Suécia

Nos anos 90, a "*Parliamentary Priorities Commission*" delineou três plataformas de princípios: dignidade humana; necessidade e solidariedade; e custo-eficiência. É de notar que o custo só deve ser considerado na comparação de tratamentos para a mesma condição, e que a medida da efectividade que tenta quantificar qualidade de vida, como a qualidade ajustada aos anos de vida (QALYs), não deve ser usado. (Sabik L, Lie R, 2008)

Quatro anos depois, criou-se um segundo comité, que se focou mais na opinião pública. (Sabik L, Lie R, 2008)

Nova Zelândia

Em 1993, a "*National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services*" identificou:

- *"Discrepancies in provision and management of services (between Maori and non-Maori, men and women, urban and non-urban populations, populations in different geographic regions, etc.)*
- *Areas where efficiency could be improved,*
- *Preferences of communities regarding health care*". (Sabik L, Lie R, 2008)

O comité analisou os dados em termos de unidade, custo e volume de tratamento para condições comuns e identificou áreas onde a eficiência pudesse ser melhorada. (Sabik L, Lie R, 2008)

O "*National Health Committee*", três anos depois, actualizou as prioridades baseadas em nova informação e desenvolvimentos. (Sabik L, Lie R, 2008)

Publicaram o periódico "*Best of Health*". (Sabik L, Lie R, 2008)

Reino Unido

A publicação em jornais de casos nos quais aos pacientes foram recusados tratamentos que potencialmente lhes poderia salvar a vida, conduziu à criação do “*British National Health Service*”. (Sabik L, Lie R, 2008)

O “*National Institute for Health and Clinical Excellence*” influencia directamente as decisões de cobertura de cuidados de saúde e a política de saúde. Fá-lo através da análise de cuidados necessários e apropriados, da incorporação do custo-efectividade, e das intervenções que devem ser publicamente justificadas. (Sabik L, Lie R, 2008)

O Reino Unido foi o único que não começou pelos princípios para discutir o estabelecimento de prioridades. (Sabik L, Lie R, 2008)

Para ajudar o estabelecimento de prioridades, o Reino Unido criou programas como o desenvolvido por Walter Barker no “*Early Child Development Centre*” em Bristol. (Lester C, et al, 2001)

Após análise dos países, conclui-se que é necessário incluir a população nas decisões em cuidados de saúde em ordem de obter a sua aceitação para as escolhas que têm de ser feitas. É necessário educar a população sobre as necessidades de priorização. Esta participação pública assegura justiça e legitimidade para a população e transparência para o governo. (Sabik L, Lie R, 2008)

Os princípios devem ser consistentes com os valores da sociedade e objectivos do sistema de cuidados de saúde. “*Value for Money*” é central para uma alocação eficiente e justa dos recursos de saúde. (Sabik L, Lie R, 2008)

Para avaliar os resultados com estratégias para a saúde, é importante a existência de testes de natureza estatística para ser possível a comparação antes e depois. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Qualquer política de afectação de recursos deve ter em conta os critérios éticos. O estabelecimento de prioridades conduz a uma parte mais interventiva que exige reflexão prévia. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Contudo, em Portugal e noutros países, face à questão da escassez de recursos e associada a esta temática da insuficiência/eficiência da utilização de recursos surge uma nova gestão pública.

Se vários países fizeram a priorização, outros optaram pelo *New Public Management* (NPM).

1.5 – Nova Gestão Pública/ New Public Management

Rui Nunes referenciando Guilhermina Rêgo, enuncia que “o *New Public Management* representa mais do que uma simples reforma da administração pública. Trata-se não apenas de uma profunda transformação interna do sector público, como de questionar o modo como este se relaciona com a sociedade e com o governo.” Mais ainda “o objectivo do sistema de saúde não é apenas gerar ganhos de eficiência, nem tão pouco originar a redistribuição da riqueza gerada na sociedade. A finalidade última é, no essencial, garantir a consagração do direito à protecção em saúde. Deste modo, a introdução de regras de mercado concorrencial deve ser encarada como um mero instrumento para gerar competitividade e para garantir a sustentabilidade económica do sistema, nomeadamente no que se refere à utilização dos impostos dos contribuintes.”

(Rêgo G, 2008; p.19-20)

“A ineficiência e a ineficácia verificadas na Administração Pública e a progressiva substituição das funções clássicas do Estado promoveram alterações significativas no modelo tradicional de Administração Pública.” (Rêgo G, 2008; p.31-32)

A partir da década de 80, aumenta “o recurso à privatização no âmbito da prestação de serviços públicos, a introdução de medidas que visam a racionalização e permitem aumentar a produtividade e a implementação de novos modelos de gestão dos serviços públicos”. (Rêgo G, 2008; p.32)

Ainda como refere Guilhermina Rêgo “Parece existir consenso quanto às concepções teóricas que envolvem o NPM:

- Maior responsabilização para os gestores públicos, levando à cessação de contratos por incumprimento dos objectivos. O gestor público torna-se uma espécie de gestor político, na medida em que também ele é envolvido no processo político, alterando-se, por isso, o tipo de relacionamento entre os gestores públicos e o poder político. Há uma responsabilidade individual acrescida comparativamente à gestão pública tradicional. A noção de *accountability* é reforçada. Também, e tal como se observa no sector da saúde, impõe-se uma especialização destes gestores públicos, envolvendo cada vez mais cargos;
- As organizações públicas começam a definir padrões de avaliação do desempenho e centram-se particularmente no alcance dos resultados. Introduzem-se os sistemas de avaliação por mérito e os sistemas de incentivos com base na produtividade;
- Tendencialmente e em consequência da escassez de recursos, o NPM impõe ‘disciplina’ na utilização dos recursos. Tem na base uma política de controlo dos custos e;
- Introduz o planeamento e a gestão estratégica nas organizações públicas governamentais, como forma de garantir uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e uma maior adaptação ao meio envolvente. Assim, apela para que também as organizações públicas definam com precisão a sua missão, os seus objectivos e analisem cuidadosamente o meio envolvente, a fim de detectarem as oportunidades e as ameaças, bem como analisem a sua cadeia de valor, para deste modo identificarem os principais condutores de custos e de valor.” (Rêgo G, 2008; p.34-36)

“A introdução de uma lógica de mercado [...] é perspectivada como um instrumento de controlo da despesa pública e de equilíbrio orçamental”. (Rêgo G, 2008; p.32)

Numa nova gestão pública aproximam-se os conceitos de gestão e de saúde, o que remete para a compreensão do mercado da saúde.

Sector da Saúde

O Estado para equilibrar a oferta e a procura em saúde, que têm características específicas como o bem saúde, não pode aplicar exactamente as regras da economia em geral. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

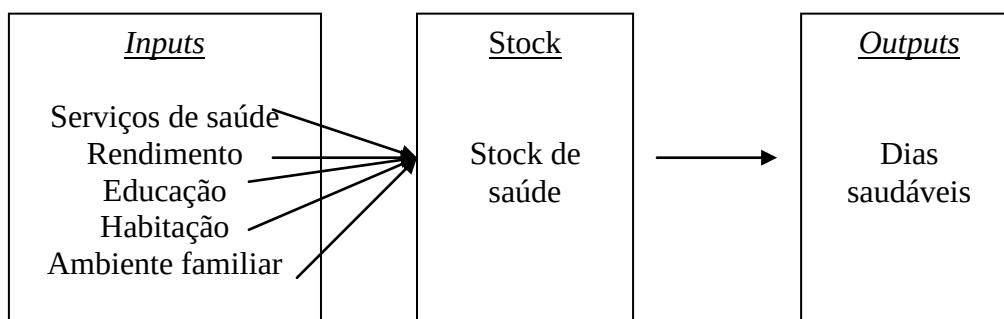
A saúde deve ser perspectivada sobre três vertentes indissociáveis: social, investimento e produção. A vertente social refere-se a que todo e qualquer cidadão têm direito a recorrer a serviços de saúde, independentemente da condição financeira. Quanto ao investimento, a despesa com a saúde apresenta-se como um investimento do capital humano até porque pessoas mais saudáveis podem mais facilmente contribuir para o desenvolvimento da sociedade. Razão pela qual o Estado tem responsabilidade nos custos do acesso à saúde. Quanto à produção, Antunes defende que a saúde não é um bem de consumo livre, e que é um bem económico cada vez mais caro. Importa maximizar a produção em termos de quantidade e qualidade dos serviços de saúde, utilizando os recursos mais eficientemente. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Para Grossman, a saúde é um bem⁷ de consumo e de investimento. Quando falamos de saúde, este é um stock que se deprecia ao longo do tempo, mas é algo que devemos investir para aumentar. Investir em saúde porque os dias de doença são fonte de desutilidade (bem de consumo). Investir em dias saudáveis porque é tempo para desenvolver outras actividades (trabalho, lazer, entre outras), bem de investimento. Produzir um estado de saúde não depende apenas do 1º recurso dos *inputs* (serviços de saúde), existem outros recursos que influenciam a produção de dias saudáveis, nomeadamente factores sócio-económicos como o rendimento, a educação, a habitação e o ambiente familiar. Maynard cria o diagrama do Modelo de produção da saúde – Figura 3. O stock de saúde deprecia-se ao longo do tempo devido ao envelhecimento, dias de doença e também fruto das nossas próprias acções, como comportamentos de risco. Deve haver uma preocupação da organização do sistema, mas também há outros factores que condicionam. (Giraldes M, 1997)

⁷ Bem é “algo que satisfaz uma necessidade humana” e recursos corresponde a “algumas coisas que não satisfazem directamente as necessidades humanas, ... mas servem para produzir bens” (Neves, 1998, p.32 in Frederico M, 2000; p.15)

A Declaração de Alma-Ata, OMS, 1978, referiu a importância de uma vida social e economicamente produtiva para viver de forma saudável. (Frederico M, 2000).

Figura 3: Modelo de produção da saúde (Grossman M, 1972, Maynard A, 1981 in Giraldes M, 1997)



Pessoas com mais educação investem na saúde mais eficientemente. Também pessoas com idades diferentes poderão produzir saúde de forma distinta. O stock de saúde difere de pessoa para pessoa. Se o stock de saúde for de tal maneira baixo, a pessoa morre. (Barros P, 2005)

“O investimento em saúde aumenta o rendimento potencial do indivíduo.” (Barros P, 2005; p.61)

Porém, a escassez leva a problemas de alocação de recursos, pelo que economicamente é usual formularem-se três perguntas:

- QUE bens produzir e em que quantidades? Ou seja quais os serviços alternativos e em que proporções devem criados?
- COMO se devem produzir os bens? Ou seja quem é responsável pela sua produção, com que meios tecnológicos?
- PARA QUEM são os bens que se produzem? Ou seja, quem irá usufruir do bem produzido? (Samuelson P, Nordhaus W, 2005)

O custo de oportunidade, subjacente na primeira questão, “é o valor da melhor alternativa não concretizada em consequência de se utilizarem recursos escassos na produção de um dado bem ou serviço”. (Pereira J, 1992; p.11)

Existem dois componentes num modelo de mercado: a procura e a oferta. Tanto a procura como a oferta são noções com factores que as influenciam. O contexto de mercado abrange produtores que procuram a maximização dos lucros e consumidores que procuram a maximização da utilidade. Procura é o bem que se adquire num tempo a um determinado preço. O que influencia a procura são: o preço, o preço dos outros bens, o marketing e as necessidades. Oferta é a quantidade que os produtores estão dispostos a oferecer a um determinado preço num determinado tempo. Depende dos custos de bens, da procura e da tecnologia disponível. (Samuelson P, Nordhaus W, 2005)

Se deixar o mercado responder, ele retribui através dos mecanismos de preço. Preço equilíbrio é o que iguala a quantidade oferecida e procurada. O preço aumenta, a procura diminui; o preço diminui, a procura aumenta. (Samuelson P, Nordhaus W, 2005)

A teoria da procura nos cuidados de saúde tem como maior problema a terceira questão económica já referida. O preço na saúde é irrelevante porque é de primeira necessidade (ressalva para co-pagamentos no limite). Os factores que influenciam a procura de cuidados de saúde são a utilidade e preço, mas a procura pode não ser afectada pelo preço. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A teoria da oferta nos cuidados de saúde implica a maximização de lucro ou minimização de custos desde que reinvesta na instituição (incentivos, equipamentos, entre outros). Os custos de produção da prestação de cuidados, a tecnologia de produção e a procura afectam a oferta. A oferta e a procura no sector da saúde têm características peculiares que os distinguem de outros mercados⁸. (Lucena D, Gouveia M, Barros P, 1996 in Frederico M, 2000) As condições demográficas e culturais constituem factores extrínsecos que afectam o mercado. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Há influência dos factores demográficos na oferta de saúde: assimetrias na distribuição dos profissionais de saúde; na procura de saúde: os idosos, mulheres e crianças. As mulheres por causa da gravidez, maternidade e infertilidade. Também é um factor cultural pois as mulheres estão mais atentas a sinais que os homens, elas gostam mais de prevenir e não demonstram problemas em assumir o que têm. Crianças porque exigem maior gasto nas consultas de especialidade. (Béresniak A, Duru G, 1999)

⁸ O mercado é o ponto de encontro entre a oferta e a procura. (Samuelson P, Nordhaus W, 2005)

Há influência dos factores culturais na oferta de saúde pois os países desenvolvidos são afectados no sector terciário. Há influência dos factores culturais na procura de saúde: classes desfavorecidas versus classes favorecidas e agricultores, operários, quadros. As classes desfavorecidas quando recorrem gastam muito e pessoas mais favorecidas recorrem mais vezes. Estudo baseado em:

- Agricultores – gastam em quantidade porque quando recorrem estão muito doentes, não têm dinheiro para ir ao privado;
- Operários – gastam pelo sistema;
- Quadros – aproveitam regalias, gastam mais em qualidade, vão essencialmente por prevenção. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

As listas de espera existem porque não é possível controlar a procura (o preço não regula). A procura é claramente superior à oferta. Embora, no que respeita à informação, é a oferta que domina. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

No que é que o sector da saúde é diferente? (Barros P, 2005)

- Externalidade – ocorre quando do consumo/produção de um bem decorram efeitos que afectem outras pessoas que não têm nada a ver com o que beneficia do bem directamente. Para que o mercado da saúde fosse perfeito não podia haver externalidades, mas o mercado da saúde tem sempre externalidades. Devido às externalidades, o preço do bem não consegue reflectir o bem social. Falha o mercado no preço; (Frederico M, 2000). “A externalidade é positiva ou negativa conforme o efeito”. (Pereira J, 1992; p.15)
- Incerteza – na altura em que são necessários cuidados de saúde, quanto custam, qual o estado de saúde, quais os efeitos do tratamento, entre outros; (Barros P, 2005)
- Assimetria de informação – é uma possibilidade consequente da incerteza. Na relação que se estabelece entre o prestador de cuidados, este tem mais informação relevante que o próprio paciente; (Barros P, 2005)
- Os consumidores tomem decisões livres; (Frederico M, 2000)

- Existência de pequenos produtores para que haja concorrência entre eles; (Frederico M, 2000)
- Esgotamento no consumo do bem cuidados de saúde; (Frederico M, 2000)
- Inexistência de utilidade intrínseca no bem - A Lei dos rendimentos marginais decrescentes diz que não é por estar mais tempo que vai fazer mais e melhor, por ex.: uma pessoa tem sede, com o primeiro copo de água a satisfação aumenta e ao quarto copo já está a ficar insatisfeito. A saúde não tem utilidade intrínseca porque no limite se já estou boa já não vejo necessidade de tomar mais um comprimido. Isto já é desutilidade ou utilidade negativa. Procuramos cuidados de saúde porque temos necessidade de colmatar a doença, se continuar a procurar é utilidade negativa. Na utilidade dos cuidados de saúde atinge-se a saciedade mais cedo que outro bem. Em outros bens a utilidade marginal mantém. (Frederico M, 2000)
- Não homogeneidade e interdependência no consumo – o consumo desenrola-se em cadeia (uma consulta leva a prescrição de exames e a uma consulta de reavaliação). (Frederico M, 2000)

Existir informação perfeita e os consumidores tomarem decisões livres, era admitir na saúde que todo o doente conhecia a sua doença na íntegra e todos os tratamentos disponíveis, o que na realidade não acontece. Como os doentes não conhecem, recorrem a alguém que possua conhecimento para ajudar. No limite é livre porque decide. Até o profissional de saúde quando doente sofre logo um *décalage*, ou seja, o profissional de saúde não consegue aplicar os conhecimentos que possui e estes parecem não ser suficientes. Inerente à relação de agência imperfeita. (Frederico M, 2000)

Para combater isto há a ética profissional, a licença para o exercício da profissão e a auto-regulação pelos profissionais. (Frederico M, 2000)

Arrow K, em 1963, também fala da assimetria de informação entre profissionais e doente. (Arrow K, 1963 in Frederico M, 2000)

A informação é assimétrica porque o sistema de informação é dominado pela oferta em quantidade e qualidade. Há um *handicap* entre o que procuro e o que oferece. (Rêgo G, 2008)

A Teoria da Agência (principal - agente) é uma Teoria das Organizações, desenvolvida na década de 60. Existe uma relação de agência sempre que alguém delega, noutro que decide, sobre a minha função de preferências. A relação médico-doente é uma relação de Agência Imperfeita porque se reconhece a assimetria de informação. Mas o profissional de saúde toma a decisão pela informação que é dada pelo doente, há subjectividade, e também porque depois o profissional de saúde diz o que pode ser feito e o doente é que decide aderir ou não ao tratamento. (Rêgo G, 2008)

“Relação de agência surge quando devido à falta de informação, um conjunto de agentes económicos tem que delegar noutros a tomada de decisões”. (Barros P, 2005; p.95)

Na Teoria da Agência (principal - agente): o “principal” é a parte que delega e o “agente” é o que toma as decisões – terminologia anglo-saxónica. Assim o doente – principal – delega no médico a decisão – agente. (Barros P, 2005)

Sendo assim e segundo Frederico, 2000, não há tomada de decisões livres, o que constitui outra falha do mercado. (Frederico M, 2000)

Não exista incerteza – não há certeza na previsibilidade da procura. Faz-se orçamento com base no histórico – financiamento retrospectivo. (Frederico M, 2000)

Há imprevisibilidade na saúde. Incerteza é não conhecer a probabilidade de acontecer, diferente de risco que conhece a probabilidade de acontecer. (Frederico M, 2000)

Arrow também refere a assimetria na saúde, que é dominada pela procura do mercado aumentada e escassez da oferta. (Frederico M, 2000)

Na saúde existem três problemas de informação: incerteza, assimetria de informação e relação de agência imperfeita. (Barros P, 2005)

A incerteza é uma “situação onde o futuro não é previsível, nem mesmo probabilisticamente. No domínio da saúde existem dois tipos de incerteza com grande importância. Por um lado a natureza imprevisível da doença ou disfunção leva a que a aquisição de bens e serviços para a combater não possa ser planeada. Daí o recurso a seguros de doença por parte do consumidor ou à implantação de sistemas públicos de prestação. (Barros P, 2005)

Existe um outro tipo de incerteza que tem a ver com as consequências de determinados procedimentos médicos. Em muitos casos nem o próprio prestador pode prever com fiabilidade como irá reagir o doente. (Barros P, 2005)

Este tipo de imprevisibilidade tem implicações importantes quando se pretende avaliar qualquer terapêutica [...]” (Pereira J, 1992; p. 17)

Além das três diferenças referidas acima, também constituem falhas de mercado: o monopólio ou monopsónio, e, a escassez de recursos. (Nunes R, 2005)

O monopólio ocorre quando existe apenas um prestador, o monopsónio existe quando apenas há um comprador de cuidados de saúde. Quando há um pequeno grupo de prestadores, surge o oligopólio. Assim, no monopólio e monopsónio, os preços e a concorrência estão severamente afectados. (Nunes R, 2005)

É a concorrência que ajusta o preço e a qualidade; (Frederico M, 2000)

A escassez de serviços, incluindo de profissionais de saúde, distorce as regras de mercado do lado da oferta. Por ex.: a escassez de uma especialidade médica pode causar lista de espera e altera o preço praticado no privado. (Nunes R, 2005)

A dificuldade na racionalidade e domínio do consumidor de cuidados de saúde são algumas das características do mercado de saúde. (Gonçalves M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O próprio mercado de saúde condiciona e dificulta a eficiência e equidade na afectação de recursos. (Gonçalves M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O Sector da Saúde comporta várias características que o distinguem de todas as outras áreas de actividade. Entre outros, salientam-se o facto de possuir uma forte componente de juízos éticos, de incerteza e externalidades ou ineficiências económicas. (Jalles J, Salvado J, 2008)

O mercado pode apresentar disfunções: indução da procura e desnatagem. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

São as características do mercado da saúde que podem conduzir a risco moral. (Barros P, 2005)

- Como risco moral no consumo – *moral hazard* – do lado da procura, o facto de o doente saber que tem cobertura pode levar a que o doente faça um gasto desmesurado do consumo. Pode pois liberalizar-se o consumo. No caso das seguradoras, por ex., estes doentes não interessam, e escolhem os melhores clientes (selecção adversa).
- Como risco moral na oferta (procura induzida pela oferta) – como há assimetria de informação pode acontecer que os profissionais de saúde introduzam nas preferências do doente o que seria as suas preferências, por ex.: o profissional induz a uma consulta. (Pereira J, 1992 in Frederico M, 2000)

O *moral hazard* pode conduzir a ineficiência. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Se por um lado, há o risco de selecção adversa, por outro lado há risco de *cream-skimming*, o risco induzido pelos profissionais de saúde ou as instituições que prestam os cuidados de saúde. (Barros P, 2000)

Para evitar o cream-skimming, preservando os incentivos da eficiência, é necessária regulação e pode ter dois caminhos: rectificação do risco de capitação e regulação pró-competitiva. Na rectificação do risco de capitação, impõe-se uma associação de alto-risco, para excluir a concorrência prejudicial. Na regulação pró-competitiva, existem regras e definição de benefícios standardizados. (Barros P, 2000)

Glazer and McGuire (1998) propõe que acima da média de pagamentos deve estar associado indivíduos de maior risco. (Barros P, 2000)

Encinosa (1999) direcciona os fundamentos económicos atrás da rectificação do risco de capitação: a importância de poupança de custos de tratar diferentes tipos de pacientes. (Barros P, 2000)

Sappington e Lewis (1999) unem o financiamento prospectivo com o retrospectivo, como alternativa a um só, no qual as companhias de seguro pagam uma percentagem comum a todos, funcionando como um incentivo para reduzir o risco de selecção adversa. (Barros P, 2000)

Como o ser humano é frágil, mais ainda quando não tem dinheiro ou quando tem problemas de saúde, o profissional, mesmo balizado pela ética, tem tendência a fornecer *over-treatment*. *Over-treatment* significa que durante um período se faz mais do que se pode em termos de cuidados de saúde, também comprometendo a qualidade. De outra maneira se houver incentivos para os profissionais, estes também podem cair no *over-treatment*. (Nunes R, 2003)

O conceito de indução de procura por parte da oferta traduz que “devido à melhor informação e conhecimento, os profissionais de saúde, nomeadamente os decisores clínicos, têm a capacidade de artificialmente criar procura para os seus serviços – consulta adicional, uma operação que não é estritamente necessária [...]” (Barros P, 2005; p. 115)

Roemer, em 1961, com o seu trabalho de relação entre disponibilidade de camas de hospitais e utilização das mesmas, sugeriu a interpretação de que “se um hospital tinha a cama vazia tenderia a preenchê-la”. (Barros P, 2005; p. 115). Isto num contexto de aumento da oferta e não de maior procura. (Barros P, 2005).

Evans , 1974, refere que a indução de procura pela oferta tem uma desutilidade, pois além de ter um benefício marginal (maior rendimento), também vai ter um custo marginal (menor utilidade). (Evans R, 1974). Dranove, 1988, argumenta que os médicos serão prejudicados posteriormente com uma menor procura, pois os pacientes irão aperceber-se que o benefício obtido é inferior aos custos do tratamento. (Dranove D, 1988)

Existem várias explicações para o fenómeno da influência da oferta sobre a procura ou papel da procura induzida pela oferta. Por outras palavras, há vários factores de produção da oferta de cuidados de saúde:

- Conduta pouco ética dos profissionais de saúde, que induz ao que não é necessário;
- Desenvolvimento tecnológico, em que o facto de existir o meio é para ser utilizado. Aqui também está presente o papel dos “media”;
- A prática da medicina defensiva, em que para esclarecer a causa de um problema gasta-se meios auxiliares;

- Aumento da demografia médica, isto é ratio médico/doente num dado local, pode dar lugar a formas mais ou menos directas de publicidade;
- Concorrência profissional pode incitar ao tratamento mais completo do paciente, por ex.: realização de estudos de campo para avaliar necessidades emergentes;
- Forte densidade médica nas grandes cidades pode incentivar o consumo dos cuidados de saúde;
- Hospitais públicos ou privados atraem a população na proporção da sua capacidade;
- Informação da população sobre as possibilidades crescentes da medicina. Aqui também está presente o papel dos “media”. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Que medidas podem ser utilizadas para evitar o fenómeno? É necessário controlá-lo agindo sobre a oferta geral e não individual, não se pode agir na relação profissional – doente, tomam-se medidas em amplo como a política do tecto orçamental, exclusão de exames, controlo do aumento do número de camas hospitalares, número *clausus* no acesso às faculdades de medicina, quotas de médicos autorizados a tirar uma especialidade, entre outros. Porém, trata-se de medidas que podem provocar estrangulamento na igualdade de acesso, comprometendo a equidade⁹ no acesso. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

⁹ A equidade pode ser vertical, horizontal ou espacial (geográfica). Há ainda a equidade social. As definições alternativas do conceito de equidade são: Igualdade de recursos para necessidades iguais – estrutura da sociedade por sexo, rendimento, entre outros; Igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades (oferta de serviços) – equidade se num determinado distrito um utente gasta o mesmo em encargos que outro utente; Igualdade de utilização para iguais necessidades (procura de serviços) – necessidade de intervir na sociedade para ter discriminação positiva; Igualdade de satisfação de necessidades marginais – significa que num distrito “A” é feito um corte orçamental de 100 (e implica não satisfazer em termos de saúde) e num distrito “B” é feito um corte orçamental de 100 (implica não satisfazer a mesma necessidade de “A”); Igualdade de resultados – implicaria que os indicadores de saúde dentro dos distritos fossem iguais. (Nunes R, Rêgo G, 2002). A equidade permite a regulação social e constitui um objectivo económico fundamental. (Nunes R, 2003) Equidade é um conceito nobre porque deriva dos princípios. (Giraldes M, 1997)

O consumo de cuidados de saúde conhece hoje níveis muito elevados, sobretudo devido a três razões. (Barros P, 2005)

Primeiro a longevidade actual da população; em segundo lugar, a responsabilidade (e responsabilização) sistemática e, quase total, do Estado e, por último, os contemporâneos receios da doença e medo da morte. Na realidade assistiu-se a um crescimento da procura e consumo de cuidados de saúde, com pressões ao nível da qualidade, exigindo-se novas reformas e políticas no sentido de contenção dos elevados custos que têm tido crescimentos nunca antes vistos e dificuldade em serem financiados, desde há uns anos até esta data. (Jalles J, Salvado J, 2008)

É porque existem falhas de mercado e riscos morais que o Estado tem de intervir e regular. (Nunes R, 2009)

Regulação é o controlo sustentado e dirigido exercido por uma agência pública independente sobre actividades valorizadas socialmente. (Selznick P, 1985 in Nunes R, 2009)

A regulação tem duas componentes: a económica e a social. Regula-se os preços, os critérios de priorização, de qualidade e de aquisição de bens. A regulação é chamada a “mão invisível” do Estado. (Nunes R, 2009)

Regulação económica corresponde à intervenção do Estado para suprimir estas falhas através de mecanismos alternativos do preço, o IGIF estabelece preços por GDH e preços nos medicamentos. O Estado cria condições para garantir uma prestação de cuidados o mais eficiente possível. Há o IGIF, a Autoridade para a concorrência, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Infarmed, entre outros. (Nunes R, 2009)

Regulação social é a componente que visa definir as *guidelines* (critérios estruturantes de natureza ética e social) que melhor garantem uma política de saúde justa: qualidade, acreditações, carta de direitos e deveres dos utentes, certificados de necessidade para justificar a necessidade de equipamento por cobertura populacional. (Nunes R, 2009)

As “Características inerentes ao processo de regulação da saúde:

- Autoridade reconhecida – o regulador deve ser reconhecido enquanto tal pelos operadores (e demais *stakeholders*) e pela sociedade em geral, sendo fundamental a existência de uma norma estatutária que determine a sua existência, competências e modo de intervenção.
- Centralização da responsabilidade – a responsabilidade de controlar, supervisionar, superintender e acompanhar o sistema de saúde deve ser centralizada para garantir uma maior equidistância face aos operadores.
- *Accountability* – o regulador deve ser uma entidade exterior ao mercado ou às relações interorganizacionais, de modo a que os operadores prestem contas da sua actividade de um modo claro e transparente; também o regulador deve prestar contas à sociedade e, por isso, deve-se manter alheio às relações estabelecidas entre os vários agentes da cadeia regulatória.
- Intervenção no interesse público – com a regulação na saúde pretende-se proteger o interesse público, dado que o mercado concorrencial, por si só, é incapaz de prover a todos os cidadãos este bem essencial em condições de equidade; deste modo pretende-se maximizar o bem-estar social.” (adaptação a partir de Walshe K, 2003 in Nunes R, 2009; p. 120)

O “grau de independência e formato institucional” caracteriza-se por:

- Regulação directa – efectuada através do Governo/Administração Central;
- Regulação indirecta – exercida pelos institutos públicos, parcialmente dependentes do Governo/Administração Central;
- Regulação independente – efectuada através de entidades reguladoras dedicadas e independentes do Governo/Administração Central.” (Nunes R, 2009; p. 107)

As “características do Estado regulador” são:

- Separação das funções de financiamento e de prestação;
- Regulação dirigida e sustentada, distanciada do Governo;

- Eficiência na utilização dos recursos (funções de produção e de afectação);
- Introdução das regras do mercado concorrencial;
- Autonomia das unidades de gestão;
- Responsabilização a todos os níveis da hierarquia organizacional;
- Translação das regras da gestão privada para o sector público;
- Introdução de estímulos à produção e à produtividade;
- Promoção da *accountability*.” (adaptação a partir de Majone G, 1994, 1997 in Nunes R, 2009; p. 120)

No limite se todos fossem saudáveis não havia procura de cuidados de saúde. O mercado da saúde também é complexo porque entra no mercado dos medicamentos, das análises, entre outros. (Nunes R, 2009)

Perante as características do mercado, as falhas do mesmo, os riscos morais inerentes e o desenvolvimento da regulação económica e social surge uma reforma do sistema de saúde em Portugal.

1.5.1 - Reforma do Sistema de Saúde: O Caso dos Hospitais Públicos Portugueses

Nos hospitais públicos, “as críticas habitualmente apontadas [...] referem-se:

- A uma gestão deficiente que se reflecte na baixa produtividade e na falta de qualidade;
- A desresponsabilização generalizada dos órgãos de gestão;
- À ausência de um sistema de incentivos que em certa medida pode promover falta de motivação e de empenho profissional; e
- Aos custos agravados pela ineficiência na gestão dos recursos disponíveis.” (Rêgo G, 2008; p. 262-263)

“O Instituto Nacional de Administração (INA) desenvolveu, em 1999, uma análise comparativa entre dois estilos de gestão hospitalar – gestão privada (Hospital Fernando Fonseca) e gestão pública. Neste sentido, realça como pontos positivos da gestão empresarial privada:

- Contenção de despesas;
- Menores custos (associados à autonomia empresarial e maior flexibilidade de gestão);
- Maior eficiência (associada à desburocratização da gestão dos recursos humanos e do processo de aquisições);
- Gestão baseada em resultados; e
- Incentivos à produtividade.

Porém, evidencia, igualmente alguns dos aspectos negativos deste modelo:

- *Over-treatment*, ou seja o aumento excessivo da produtividade (através, por exemplo, do número de consultas efectuadas) reduzindo a qualidade na prestação devido, em parte, ao modelo de financiamento;
- Instabilidade profissional (resultante dos problemas de recrutamento e de estabilidade na carreira); e
- Adopção de uma lógica empresarial puramente financeira, isto é a tradução dos resultados em números pode conduzir ao aparecimento de alguns efeitos indesejados – selecção de casos, procura induzida pela oferta.” (Rêgo G, 2008; p. 265-266)

A insustentabilidade económica e financeira do Estado promove uma reforma estrutural no Sistema de Saúde. Neste contexto, e no âmbito hospitalar em Portugal, a lei de 27/2002 de 8 de Novembro aprova o regime jurídico da gestão hospitalar, e consiste na primeira alteração da lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003)

Este regime jurídico aplica-se aos hospitais integrados na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde, podendo revestir uma das seguintes figuras jurídicas:

- “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial. Em Portugal a grande maioria dos hospitais do SNS enquadra-se neste tipo de instituto público, que se caracteriza, apesar da sua autonomia, de grandes limitações em termos de concretização. Tal resulta essencialmente da grande dependência face ao Ministério da Saúde, em termos de financiamento, de gestão e inclusivamente de recrutamento de recursos humanos.” (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003; p. 171) — “Hospitais do sector público administrativo (SPA)” (Rêgo G, 2008; p. 271);
- “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.” (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003; p.171) — “Hospitais entidades públicas empresariais (EPE)” (Rêgo G, 2008; p. 271);
- “Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.” (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003; p.171);
- “Instituições e serviços do SNS geridos por outras entidades públicas ou privadas mediante contrato de gestão – Hospital Fernando da Fonseca, por exemplo.” (Rêgo G, 2008; p. 271);
- “Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos”. Foi aplicada em 31 hospitais, passaram a designar-se Hospitais SA. Com a alteração do regime jurídico, houve também alteração imediata dos conselhos de administração por não corresponderem ao perfil pretendido para o novo modelo de gestão; os directores de serviço, passaram a ser responsabilizados, ao ponto de puderem ser substituídos de imediato, caso não cumpram os objectivos estabelecidos; os médicos, enfermeiros e restante pessoal mantiveram o vínculo à função pública mas também ficaram ligados ao cumprimento de metas, sendo as remunerações avaliadas em função dos resultados obtidos. Esta nova forma de gestão hospitalar assenta numa relação que tem subjacente o financiamento em função dos objectivos e incentivos, assim como o cumprimento dos mesmos. (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003; p.171)

Os hospitais passaram a ser financiados em função dos serviços prestados. Surge a publicitação junto das populações, dos resultados obtidos por cada um dos hospitais. O que pode potenciar uma concorrência com efeitos significativos em termos de produtividade. (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003)

Esta lei inclui a possibilidade da gestão de instituições e serviços do SNS ser feita por outras entidades públicas ou privadas mediante contrato de gestão ou grupos de médicos em regime de convenção, nos termos do estatuto do SNS. (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003)

A lei define o controlo rigoroso em termos de recursos utilizados bem como o financiamento em função de valorização dos actos e serviços prestados. A informação pública prevista abraça a divulgação de um relatório anual com os resultados de avaliação dos hospitais que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde mediante um conjunto de indicadores que evidencie o seu desempenho e eficiência. (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003)

A 29 de Dezembro de 2005, o Decreto-Lei nº 23, transforma os 31 hospitais SA em Entidade Pública Empresarial (EPE) e acresce o Santa Maria e o São João que eram SPA.

A articulação das funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão dos recursos gira em torno dos directores de departamento e do serviço, sendo-lhes atribuída autonomia na organização do trabalho e os correspondentes poderes de direcção e disciplina sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional. Os centros de responsabilidade e de custos permitam repartir as responsabilidades. “As acções a serem implementadas por estes centros pressupõem uma utilização de modelos e técnicas empresariais de gestão que conduzam a uma eficiente racionalização de meios e melhoria de qualidade”. A avaliação do binómio dos recursos utilizados *versus* os resultados impõe-se. (Arlete M, Fernandes T, in Nunes R, 2003; p.172)

Foram três os pioneiros: Unidade Local de Saúde – ULS – de Matosinhos, o Hospital São Sebastião, o Barlavento Algarvio. Ficaram com gestão empresarial pública, são hospitais públicos com responsabilidade pública. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Os hospitais do SNS foram transformados progressivamente em Entidades Públicas Empresariais (EPE) e criados novos centros hospitalares. (Correia de Campos, 2007)

Desde a revolução de 25 de Abril, de 1974, que o Sistema de Saúde Português, funda-se no Modelo Social Europeu, cujas finalidades são: obter ganhos em saúde, combater as diferenças dos resultados em saúde e diminuir “as desigualdades no acesso a tratamentos e à educação para a saúde”. (Correia de Campos, 2007)

Em Portugal, são exemplos de ganhos em saúde: a esperança de vida que à nascença, em 2001 era de 77,1 anos, e em 2005 aumentou 1,7%, para 78,4 anos. Em 2001 a mortalidade infantil era de 5 por mil nados vivos, já em 2005, este valor reduziu 32%, para 3,4 por mil. (Correia de Campos, 2007)

“Os indicadores de utilização de serviços do SNS melhoraram entre 2004 e 2006. Registaram-se crescimentos de 1,9% nas altas hospitalares, nas urgências 5,1%, nas consultas externas 9,8%, nas intervenções cirúrgicas regulares e de urgência 5,4%. E assiste-se a uma redução considerável do tempo de espera para cirurgia, já com menos de seis meses de demora mediana do SIGIC.” (Correia de Campos, 2007)

Nos serviços públicos de saúde, com gestão do Estado, havia pouca eficiência, desperdício e falta de produtividade. Para minimizar esta situação, o governo recorreu à intervenção das regras do mercado na saúde, com critérios de transparência sob o escrutínio da sociedade. (Félix B, 2000)

A filosofia interna da gestão no sentido de obter ganhos de eficiência, tem-se transformado na nova política de saúde – *new public management*. O que é determinante é desenhar um sistema genérico que vá de encontro às necessidades das pessoas, missão do sistema. É preciso regular o Novo Estado Social, em que como já se verifica, há translocação de um Estado Vertical/Prestador para um Estado Regulador. Há um salto ideológico em que há que preservar os valores nucleares que têm de ser postos em prática. Esta nova estratégia interfere com várias classes profissionais. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Importa que se promova um Estado regulador por oposição à noção de Estado prestador de cuidados de saúde, com distanciamento entre financiamento e prestação de cuidados de saúde. O Estado é que garante todos os princípios fundamentais. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A existência de um mercado concorrencial seria pertinente para promover a eficiência, a qualidade e a possibilidade de escolha do prestador. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A envolver o Estado Regulador deparamos com a governação, que “descreve um processo político em que as instituições governamentais, regionais e locais assumem um poder que deixou de estar centrado e concentrado numa entidade governamental central. O poder da [...] dilui-se [...] também, pelos grupos económicos, pela sociedade civil e pelas organizações não governamentais (ONG).” (Rêgo G, 2008; p. 26)

A produção de saúde e a prestação de cuidados não têm que ser só através do Estado, pode abrir-se aos privados, sociais, a novas modalidades do Estado. É conveniente introduzir a noção de concorrência e competitividade. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Rui Nunes e Guilhermina Rêgo propõem a introdução de regras de mercado no sistema público. Deixa de haver no sistema a estrutura clássica, que originou bons indicadores de saúde, como a diminuição da mortalidade peri-natal, mas o problema é a insustentabilidade económica e financeira. O sistema deve ser o mais eficiente a nível tecnológico, técnico, material, humano, mas também melhorar o sistema em si. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

De acordo com a Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto, (Anexo 5) o SNS é a pedra angular do sistema de saúde, que inclui os agentes privados e de solidariedade social. (Nunes R, Rêgo G, in Nunes R., Rêgo G, Nunes C, 2003)

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal, é segmentado, laminado ou estratificado. O que é legítimo do ponto de vista ético. Deve haver um sistema de saúde público forte, mas também é desejável a existência de segmentos. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

O sistema português de saúde é segmentado, ou seja, há vários níveis de prestação como o sistema privado (por ex.: clínicas), o sistema público (por ex.: Hospitais EPE), as Instituições Portuguesas de Solidariedade Social (IPSS – por ex.: as Misericórdias), os seguros de saúde (por ex.: a Médis) e os subsistemas (ADSE, SAMS, Sã Vida; Ministério da Justiça entre outros). (Nunes R, 2003)

É necessário que “exista um nível de prestação básico que garanta a igualdade de oportunidades e a existência de distintos níveis de prestação não prejudique a organização e o funcionamento do sistema básico, através, nomeadamente, da limitação do acesso aos cuidados de saúde essenciais.” (Veeder, 2001 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p.23)

Perante isto, “aquilo que cada cidadão decide fazer com os recursos de que dispõe é da sua exclusiva responsabilidade”. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p.23)

A segmentação também pode ser por *opting out*, parcial ou total. Define-se por ser possível optar por não ser cuidado no SNS, excluindo situações de emergências, para receber cuidados no privado. É uma alternativa para os cidadãos que não têm médico de família. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O SNS é detentor da maioria dos recursos que envolvem os cuidados de saúde. (Bentes M et al, 2004)

Os pilares do SNS são: solidariedade, equidade e eficiência. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Rui Nunes e Guilhermina Rêgo, em 2009, sustentam um novo modelo de gestão hospitalar: o “Hospital Fundação Estatal”. Os autores apontam a carência de uma terceira onda de reformas no sector hospitalar português, depois dos Hospitais SA e dos Hospitais EPE. Referem que “Como se pode observar, a reforma do Estado assente na introdução da Nova Gestão Pública tem-se reflectido no sector da saúde. Concretamente na adopção de modelos de gestão inovadores para os hospitais públicos. Estas e outras dimensões da gestão hospitalar parecem ser particularmente relevantes. Contudo, porque a insustentabilidade económica e financeira do Estado é ainda uma realidade, e portanto é manifesta a sua incapacidade de satisfazer muitas das expectativas dos cidadãos, da comunidade, e dos profissionais de saúde que continuam a sentir algum descontentamento [...]”. (Nunes R, Rêgo G, 2009)

“De facto, a grande diferença deste modelo relativamente a outros modelos de gestão hospitalar existentes – em concreto o modelo de Hospital EPE (Entidade Pública Empresarial, que confere ao hospital público o estatuto de empresa pública) –, modelo este (fundacional) discutido e experimentado em diversos países, reside no processo de gestão e tomada de decisões.” (Nunes R, Rêgo G, 2009)

“Enquanto nos hospitais EPE este processo resulta exclusivamente de um processo público estatal, no caso do Hospital Fundação Estatal, a gestão e tomada de decisões é não apenas pública e estatal como resulta da intervenção e participação da sociedade civil, prestando contas ao órgão público supervisor através de sistemas de metas e resultados.” (Nunes R, Rêgo G, 2009)

“Este modelo *bottom-up* poderá também permitir um maior envolvimento do poder local (autarquias) na definição das linhas de orientação estratégica do Hospital Fundação Estatal.” (Nunes R, Rêgo G, 2009)

“O Hospital Fundação Estatal permitirá assim uma melhor ligação à comunidade e a outros *stakeholders*, propiciando, a título de exemplo, a geração de clusters tecnológicos, nomeadamente nas áreas da biotecnologia ou da investigação de novos produtos farmacológicos, com evidentes benefícios quer para a sociedade quer para os agentes económicos envolvidos.” (Nunes R, Rêgo G, 2009)

É de notar que o referido modelo vigora já no Reino Unido desde 2004, assim como no Brasil. (Nunes R, Rêgo G, 2009)

Assinalam ainda que “Promover novas modalidades de gestão capazes de providenciar ganhos de eficiência continua a ser alvo de investigação. Argumentos relacionados com a fraca qualidade dos cuidados de saúde actualmente prestados, com a incapacidade de financiamento do Estado, com a profissionalização dos sectores público e privado, entre outros [...]”, tornam “os modelos de gestão dos hospitais [...] uma questão actual de política de saúde”. (Nunes R, Rêgo G, 2009)

Os enfermeiros como membros do corpo de recursos humanos do SNS, vivenciam na sua prática profissional as alterações definidas por esta reforma.

1.5.2 – Posição da Enfermagem

Vivemos numa sociedade plural, secular e democrática, em que a escassez de recursos se faz sentir perante a necessidade premente de cuidados de saúde com qualidade, e, defronte um público cada vez mais exigente. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A “explosão” de informação através dos meios de comunicação social a anunciar novas descobertas científicas na área de saúde, o conhecimento já existente em termos de avaliação, diagnóstico e tratamento, a divulgação dos direitos e deveres dos utentes, torna o público mais defensor e reivindicativo daquilo que o governo, instituições e profissionais são responsáveis. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Por exemplo, Sheehy assegura que os enfermeiros da urgência servem utentes cada vez mais exigentes, e que o público espera dispor da tecnologia mais avançada e sofisticada sem perda de cuidados de elevada sensibilidade. (Sheehy S, 1998)

Confrontados com as capitações, os administradores de saúde apertaram o “cinto” orçamental. São várias as questões que irão afectar a Enfermagem, à medida que o sistema de saúde se altera. A profissão de Enfermagem e o modo como ela será percebida sofrerá alterações. A introdução de alterações nos serviços de saúde, aliadas ao controlo dos custos, tem influência não só nos resultados do exercício, mas também no pessoal. Sheehy refere que para além dos processos que são próprios à Enfermagem de urgência, esta se rege por um conjunto de normas que surgem em função do ambiente e dos doentes. Uma situação de Enfermagem de Urgência é a afectação de recursos limitada, face ao número de doentes que recebe. (Sheehy S, 1998)

A posição de enfermagem relaciona-se com as vertentes: institucional, profissional e assistencial.

Vertente Institucional

No financiamento dos cuidados de saúde, é usual referirem-se o modelo retrospectivo e prospectivo de afectação de recursos. Nos anos 70, o financiamento é feito com base em subsídios ou dotações atribuídas pelo Orçamento Geral do Estado ao SNS, conforme despesas e resultados do ano anterior – modelo retrospectivo. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Nos anos 80, o pagamento é efectuado de acordo com o custo médio da diária dos hospitais centrais e distritais. Entre 1981 e 1990, ocorreu um período de transição para o financiamento prospectivo, através do cálculo do custo médio diário por especialidade e serviços individuais. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Em 1984, em Portugal, o Ministério da Saúde, promoveu um projecto para avaliar a viabilidade da possibilidade de classificar as doenças, para que os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) fossem utilizados como base de pagamento dos hospitais públicos. Em 1990, foram definidos e publicados os preços-base por GDH. A sua utilização foi posterior. Os GDH são uma unidade de medida de produção hospitalar com base no caso. Trata-se de agregar com base no modelo biomédico, que não comporta apenas os actos médico-cirúrgicos, mas as doenças e todos os tratamentos. Há grupos padrão, com um valor que permite uma estimativa da produção e respectivos custos hospitalares. Os GDH constituem uma medida para controlar as despesas em saúde, são um critério de afectação para o orçamento hospitalar. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Em 1997, houve alteração do modelo de financiamento dos cuidados de saúde dos hospitais em que não há apenas o modelo retrospectivo (histórico) baseado na despesa mas também o prospectivo assente nos GDH. Tem-se verificado a substituição crescente do primeiro pelo segundo. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Em 2004, no despacho n.º 24036/2004 de 22 de Novembro, o IGIF fixou os preços dos GDH e o Estado é o responsável pelo pagamento. (ACSS, 2004)

No modelo prospectivo o que está em causa é alcançar a eficiência tecnológica. Como neste modelo os preços dos factores de produção e o nível de actividade óptima não são afectados, também não o são a eficiência económica e técnica. (Barros P, 1997)

A eficiência tecnológica ocorre quando uma entidade atinge um máximo de produção, perante factores de produção e de acordo com a tecnologia disponível. É a primeira a atingir para evitar desperdício de recursos. Um novo conceito de eficiência urge obtido pela igualdade entre o custo e o benefício marginal, ou seja, “o custo decorrente da produção de mais uma unidade de produção é igual ao benefício proporcionado por essa unidade adicional”. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p. 91)

O modelo retrospectivo não incentiva à racionalização na utilização dos recursos nem à busca da eficiência, ao contrário do prospectivo. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O Ministério da Saúde, 1999, sugere que o impacto causado pelo modelo prospectivo reduziu o desperdício e redistribuiu cerca de 4% do orçamento, pelo que desencadeia maior equidade quanto à distribuição de recursos. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Os resultados do estudo elaborado por Mantas, Costa e Ramos, em 1989, sugerem que o modelo de financiamento na década de 80 promove uma maior racionalidade no comportamento dos hospitais, em especial os centrais. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Em 1996, Dismuke concluiu no seu estudo que havia tendência para uma redução da duração média de internamento. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Em 2000, Lima, conclui no seu estudo que nos pagamentos prospectivos com base em GDH, verifica-se um maior número de admissões, confirma redução do tempo de internamento, sem aumento do número de camas. Logo, está patente uma melhor utilização dos recursos, menor desperdício, maior eficiência. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Estes estudos, realizados em Portugal, demonstram a eficiência. Mas não se pode esquecer que tratamos do bem cuidados de saúde, e do direito de igualdade de oportunidades no acesso a cuidados de saúde. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

“O desafio da contenção de gastos e da própria sustentabilidade do sistema tem de ser vencido, em grande medida, ao nível da gestão das próprias instituições do SNS.”
(Correia de Campos, 2007)

São exemplo: “inovações na área da gestão da farmácia hospitalar, da racionalização da prescrição terapêutica, da garantia de qualidade, da gestão do agendamento em ambulatório, das compras conjuntas por agrupamentos de empresas públicas, entre outros aspectos.” (Correia de Campos, 2007)

Em Portugal, aplicou-se utensílios da gestão privada em instituições do SNS, tais como: “compras conjuntas, sistemas de informação inteligentes, mecanismos de reporte adequados, orientação para a melhoria do acesso e para objectivos claros, reforço das Administrações Regionais de Saúde, delegação de poderes com correspondente responsabilização.” (Correia de Campos, 2007)

O papel das ARS é essencial como mecanismo de planeamento estratégico dos recursos. As ARS são o modelo integrado horizontal que cruza todos os serviços de gestão da Saúde em Portugal. Incumbe-lhes tutelar hospitais e centros de saúde; superintendem directamente nas sub-regiões de saúde e nos centros de saúde; coordenam os hospitais, que delas dependem. (Correia de Campos, 2005)

Cada serviço tem que elaborar relatórios de actividade que são comparados num centro de custo. Há unidades intermédias de gestão e responsabilização. (Nunes, R.; Rêgo, G.; 2002)

A responsabilidade exige rigor e transparência na utilização dos recursos, assim como a prestação de contas, cabendo à sociedade analisar a actividade das instituições de saúde e propor alternativas construtivas. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Os resultados dos serviços de saúde advêm da eficiência do sistema de gestão. A eficiência do sistema de gestão tem a ver com a capacidade de liderança, gestão do serviço ou do hospital a nível macro, meso e micro, regras pautadas e resultados relacionados com a qualidade. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A implementação de medidas de contenção de custos pode ser de carácter implícito e explícito. São exemplos do implícito: as listas de espera, a triagem de Manchester, cuidado dentário, colheita e distribuição de sangue, transplante de órgãos. São exemplos do explícito: regulação do mercado do medicamento a fim de reduzir os custos do governo com os medicamentos; a imunização, pois só as vacinas que integram o plano de vacinação são providenciadas sem custo para o utilizador; o plano de equipamento pesado como aparelhos de ressonância magnética; política de recursos humanos. (Pinto C, Aragão F, 2003)

A prescrição do medicamento é de natureza clínica, mas em circunstâncias iguais, poder-se-ia optar pelo medicamento menos dispendioso. O utilitarismo poderia ser introduzido nesta temática, ou seja, que os recursos atinjam o máximo de beneficiários. O gasto em medicamentos corresponde a 75% da facturação do SNS. (Rêgo G, 2000 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O medicamento classifica-se como mercadoria singular, pois “...quem paga não é quem gera a despesa, quem gera a despesa não é quem a consome e, na maioria das vezes, quem consome não é quem paga”. (Rêgo G, 2001 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Assim o prescriptor é o intermediário entre o consumo deste cuidado de saúde e o doente. Podem constituir factores, para o controlo da despesa: quanto o Estado comparticipa e uma lista de medicamentos de acordo com a Medicina Baseada na Evidência. (Rêgo G, 2001 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Apesar do recurso ao utilitarismo e à equidade, por vezes depara-se com situações contraditórias, por ex.: a comparticipação do Estado num medicamento é igual para doentes com rendimentos distintos. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

As regras do jogo mudaram com a introdução do genérico. (Rêgo, 2002 in Nunes, R.; Rêgo, G.; Nunes, C.; 2003) Outras alternativas para a redução de custos a analisar devidamente são as farmácias sociais, as receitas médicas padronizadas e a substituição na farmácia do medicamento prescrito pelo genérico a pedido do doente. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A introdução de genéricos é relativamente recente porque são e foram protegidos na indústria farmacêutica pelo direito da patente durante 10 anos, e também porque os profissionais de saúde não estavam devidamente habilitados e informados. O Infarmed através do AIM – Autorização de Introdução no Mercado, garante a qualidade na biodisponibilidade e bioequivalência. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A prescrição DCI – Denominação Comum Internacional – e a possibilidade de o fármaco ser trocado por um genérico no mercado foram medidas que impulsionaram a introdução dos genéricos. A lei diz que só deve prescrever preferencialmente para o genérico salvo se não houver correspondente ao produto no mercado, isto conduz a quebras no preço de referência. Outro exemplo: a Merck criou a Merck genéricos (filial especializada). (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Assim há genéricos de marcas e há genéricos brancos. Em termos de definição o genérico é de linha branca e não está protegido pelo direito da patente. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Em termos de um todo temos: o médico prescritor, o Estado que distorce as regras de mercado, o doente consumidor, a farmácia distribuidora com o farmacêutico e a indústria farmacêutica produtora. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

É um imperativo ético do médico entre dois medicamentos iguais prescrever o mais barato. O Governo define tectos orçamentais. É fundamental a questão do redimensionamento, ou seja, menos dose por caixa. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

O guião do Infarmed tem análises de custo-benefício, custo-efectividade e custo-utilidade. Estas análises são úteis para quais os medicamentos a serem comparticipados. Por ex.: o Infarmed para introduzir medicamentos faz análises de custo. Medicamentos órfãos, são medicamentos com custo tão alto e a procura não é elevada, e assim o Estado tem obrigação de estimular quando as farmacêuticas não querem. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Além do financiamento e da política do medicamento analisam-se outras fontes de contenção de custos.

O estudo de Schuffham et al., 1996, sugere que a transferência de doentes menos graves de hospitais centrais para distritais, pode diminuir os custos. Assim como as seguintes medidas: redução da dimensão dos grandes hospitais, fusão dos pequenos hospitais e aumento da rotatividade dos doentes. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Carreira, 1999, no seu estudo sugere para reduzir custos e aumentar ganhos em saúde: a redução da dimensão do hospital médio, pois este não se encontra na dimensão óptima; aumentar as consultas; aumentar os serviços de urgência; reduzir o número de internamentos; aumentar produção conjunta das consultas, urgências e internamento. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Tal como Abel-Smith, 1996, Carreira, sugere para aumentar a eficiência hospitalar: implementar hospitais de dimensão média e aumentar a diversificação da oferta de serviços hospitalares. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Para avaliar as medidas tomadas na contenção de custos pode-se recorrer a auditorias. As auditorias podem ser externas e internas, acerca da clínica (da performance pessoal e de grupo) e da gestão. Existem auditorias feitas por médicos, mas é complicado avaliar a qualidade a um doente (parte clínica e humanizada). Subsistem também as auditorias a pares (médico feito por médico) e as de imprevisto. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Join Comission, dos EUA e o *Kings Found*, da Inglaterra, acreditam sobretudo na área clínica. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Estudos de campo avaliam análises económicas no serviço para garantir a eficiência. As avaliações de custos seleccionam um conjunto de variáveis que medem os *inputs* e depois os resultados. Um hospital tem cinco linhas de intervenção/produção: urgências, hospital de dia, internamento, consultas e serviços domiciliários. Os *inputs* incluem os recursos humanos, técnicos e tecnológicos. Os *outputs* ou indicadores abrangem o número de consultas, de cirurgias, de atendimentos de urgência, de doentes tratados em internamento, de visitas ao domicílio, de partos realizados, demora média de internamentos e das cirurgias, número de doentes com altas, entre outros. O tempo de demora média das consultas deve variar conforme a necessidade. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Vertente assistencial

Para além dos custos, a qualidade, equidade e acesso são conceitos básicos subjacentes ao sistema de saúde. (Sheehy S, 1998)

A qualidade significa que os cuidados prestados ao doente estão em harmonia com as normas estabelecidas. Pode-se definir qualidade como excelência, superioridade, o grau de excelência de uma coisa. A natureza pluridimensional dos cuidados de saúde coloca dificuldades na definição e avaliação de qualidade. (Sheehy S, 1998)

Um estudo desenvolvido por Serrão, 1999, revela que os cidadãos portugueses têm como uma das principais preocupações nos cuidados de saúde, a qualidade sentida nesses cuidados, e que esta deve ser melhorada. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003) Há que conjugar a qualidade na prestação de cuidados e a optimização dos recursos. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Existem várias expressões para definir qualidade como “qualidade é a busca da excelência”, “qualidade é o que o mercado diz que é”, ou “qualidade é valor acrescentado”. Mas na saúde, ou melhor, em situações de doença o conceito de qualidade deve ser melhor analisado. Donabedian, em 1990, define qualidade através de “eficácia, efectividade, eficiência, optimalidade, aceitabilidade, legitimidade, e equidade.” (Rêgo G, 2008; p. 205)

Sale, em 2000, sustenta que “A qualidade deve ser julgada pela conformidade existente relativamente a um conjunto de standards provenientes de três fontes: medicina – ciência da saúde que determina a eficácia; valores e expectativas individuais – que determinam a aceitabilidade; e valores expectativas sociais – que determinam a legitimidade”. (Rêgo G, 2008; p. 205)

Para Taylor, existem três níveis de qualidade:

- “Qualidade do sistema, quando está em causa a provisão de cuidados de saúde a uma comunidade e a afectação de recursos de acordo com regras claras, justas e equitativas;
- Qualidade da administração hospitalar, ou seja de acordo com as regras de “mercado imperfeito”, implementar critérios de qualidade que correspondam às expectativas da população servida por uma determinada unidade hospitalar; e
- Qualidade a nível profissional, no referente a boas práticas da medicina, enfermagem e outras áreas da saúde.” (Rêgo G, 2008; p. 206)

Utentes, instituições e profissionais de saúde, contribuintes e entidades reguladoras, todos têm expectativas quanto ao modo de prestação dos cuidados de saúde, bem como a percepção daquilo que a qualidade implica. (Sheehy S, 1998)

Tradicionalmente, a avaliação da qualidade nos cuidados de saúde tem consistido em medir o desempenho das instituições e dos prestadores relativamente a normas e padrões de cuidados previamente estabelecidos. Estes padrões tendem a avaliar aspectos específicos dos cuidados, centrando-se na estrutura e em indicadores do processo de qualidade. Não há muito que a comunidade de cuidados de saúde começou a concentrar-se nos efeitos – os resultados dos cuidados – como medidas de qualidade. (Sheehy S, 1998)

Definir a qualidade dos cuidados de saúde em termos de resultados, dá uma imagem da qualidade como uma entidade universalmente susceptível de ser definida e medida. De acordo com uma definição baseada nos resultados, a avaliação da qualidade nos cuidados de saúde deve ser realizada através da eficácia do diagnóstico/ dos procedimentos terapêuticos na consecução dos objectivos, da adequação dos cuidados, com base nos custos e nos benefícios de determinada actuação, e das funções dos cuidados – aspectos interpessoais, de apoio e psicológicos da relação doente - profissional. (Sheehy S, 1998)

Actualmente, o ambiente hospitalar caracteriza-se por um movimento rápido de doentes, permanências mais curtas, expansão dos serviços ambulatoriais, maiores níveis de gravidade, acuidade e intensidade da enfermagem, e por utentes mais idosos com carências múltiplas. Os profissionais de saúde são cada vez mais avaliados não só em termos de conhecimentos individuais para tratar pessoas afectadas por doença ou lesão, mas também em termos de capacidade para intervir activamente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com menores recursos. Para obter bons resultados, as instituições de saúde têm de conseguir antever, perceber e responder de forma pro-activa às mudanças múltiplas que se verificam na área de saúde. (Sheehy S, 1998)

Os profissionais de saúde não podem contentar-se com prestação de cuidados adequados, apenas, baseados nas normas estabelecidas. Eles são, antes, incitados a fazer uma avaliação contínua dos cuidados prestados e a procurar meios de o melhorar. (Sheehy S, 1998)

Exemplos recentes destes esforços são: o aumento dos cuidados prestados antes de chegar às instituições através do maior número de recursos de emergência pré-hospitalar; a criação de vias verdes no serviço de urgência: via verde avc, via verde coronária, via verde da sépsis e via verde do trauma; programa SIGIC; aumento da rede de cuidados continuados; maior articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados, entre outras.

Outro exemplo é a reforma dos cuidados de saúde primários, no qual o sistema é menos hospitalocêntrico e mais orientado para a prevenção da doença. (Correia de Campos, 2007)

E ainda a criação de uma rede de cuidados continuados a idosos e pessoas dependentes, aliviando os Hospitais sem orientação específica neste sentido. (Correia de Campos, 2007)

O processo de melhoria da qualidade define qualidade como satisfação do utente. As actividades relacionadas com a melhoria da qualidade concentram-se no serviço prestado ao utente, dando ênfase às melhores formas de corresponder às suas necessidades. (Sheehy S, 1998)

O interesse crescente, por parte dos utentes, tem gerado mais expectativas, por parte destes, relativamente ao sistema de saúde. As expectativas são influenciadas pelos meios de comunicação, pela subida dos custos, pela redução dos recursos, pela complexidade tecnológica, dilemas de natureza ética e experiências anteriores do próprio, ou de amigos, com o sistema. Quanto mais as expectativas relativamente aos cuidados corresponderem aos efectivamente prestados, maior será a percepção de qualidade. Já em 1966, Donabedian referia que, a satisfação dos doentes é um método de avaliação dos resultados e da qualidade dos cuidados. (Donabedian, 1966 in Sheehy S, 1998). A insatisfação por parte dos pacientes nem sempre é um indicador da qualidade dos cuidados de saúde, mas reflecte, efectivamente, alguma incapacidade do sistema para corresponder às expectativas e/ou necessidades dos pacientes. Corresponder às necessidades dos pacientes pode ser descrito em termos da qualidade daquilo que pode ser prestado e a qualidade do serviço. (Sheehy S, 1998)

A qualidade daquilo que pode ser prestado mede o desempenho rigoroso e atempado, características ou privilégios adicionais associados aos cuidados, fiabilidade, durabilidade e utilidade. As características da qualidade do serviço incluem fiabilidade, sensibilidade, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade e segurança. (Sheehy S, 1998)

A satisfação com os cuidados de enfermagem tem vindo a revelar-se como o factor mais importante na previsão da satisfação global do doente. São cada vez mais as organizações que ministram ao pessoal de saúde formação sobre o acolhimento e atendimento dos doentes, os serviços elaboram folhetos a ser entregues ao doente/familiares de forma a informá-los sobre o que podem esperar do serviço. (Sheehy S, 1998)

A satisfação dos doentes assim como a das visitas (familiares/amigos, entre outros) constituem indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os resultados são outro parâmetro de avaliação da qualidade. Define-se resultados como os efeitos das actividades de cuidados – alterações mensuráveis no estado de saúde das pessoas, grupos ou comunidades – atribuíveis a cuidados anteriores ou em curso. Os resultados negativos compreendem mortalidade, morbilidade, readmissões e custos (dados objectivos). Os resultados positivos incluem bem-estar físico, mental, social e psicológico, satisfação (dados subjectivos) e estado funcional melhorado. (Sheehy S, 1998)

Devido às altas precoces e à admissão em internamento limitada a pessoas com doenças ou lesão definida em grupos específicos de diagnóstico, o ensino ao doente com instruções específicas dos cuidados a ter no domicílio e o encaminhamento para serviços de acompanhamento, tornou-se um meio de conter custos além de constituir um direito. Contém a escalada de custos de saúde, diminuindo a utilização dos cuidados hospitalares. (Sheehy S, 1998)

Por exemplo, com o serviço de urgência a prestar cuidados a cada vez mais doentes em estado crítico, por períodos mais longos, aumenta a necessidade de equipamento sofisticado de monitorização. A tecnologia, que anteriormente estava reservada à unidade de cuidados intensivos, é actualmente comum no serviço de urgência. À medida que ocorrem estas e outras alterações, a Enfermagem de urgência torna-se mais complexa e exigente. (Sheehy S, 1998)

Outro exemplo, revê-se com o envelhecimento da população, pois as necessidades de cuidados de saúde dos seus membros alteram-se e tornam-se mais complexas. A medicina preventiva tem um custo proibitivo para os mais necessitados e para os mais velhos. Aos doentes é dada alta mais cedo, após a cirurgia, enfarte do miocárdio e muitos outros estados. Infelizmente, tal significa que os doentes estão piores quando chegam ao serviço de urgência, pelo que ficam mais tempo, situação que é exacerbada pela falta de cuidados domiciliários e outros recursos comunitários essenciais. (Sheehy S, 1998)

A redução de custos na saúde e a tentativa de melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos são aspectos que têm contribuído para a organização de serviços de cuidados domiciliários em vários países. (Morais A, 2000)

Por esse motivo, talvez, nas últimas décadas, as estratégias e o equipamento utilizado no tratamento dos doentes como insuficiência respiratória crónica conheceram alterações: nos anos 80 houve um aumento progressivo da utilização do oxigénio no domicílio; desde o início dos anos 90, tem-se vindo a afirmar a época da ventilação mecânica domiciliária não invasiva. Ao ser utilizada no domicílio, tem por objectivos o conforto do paciente, a segurança, a recuperação de algum grau de autonomia respiratória e a prevenção das hospitalizações. Os objectivos da ventilação mecânica domiciliária definidos pela *American College of Chest Diseases* são entre outras, melhorar a qualidade de vida e haver uma boa relação custo/benefício. O BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*), um dos sistemas mais usados no domicílio, tem um baixo custo de manutenção. (Morais A, 2000)

É necessário efectuar um ensino adequado à compreensão do doente e prestadores de cuidados informais durante o internamento, sobre o aparelho, preparando-os já para a alta. (Morais A, 2000)

O BiPAP tem um menor custo de tratamento por menor necessidade de internamento em unidades de cuidados intensivos e menor tempo de internamento. (Alves M, 2003)

Quanto à ventilação mecânica invasiva, em meio hospitalar, só após o paciente não apresentar indicadores de intolerância ao desmame, e apresentar critérios para a extubação, é que se procede a esta. (Alves M, 2003)

Embora *life-saving* a ventilação mecânica pode causar numerosas complicações e é dispendiosa, pelo que é necessário suspendê-la o mais breve possível. Mais uma vez está presente a questão dos custos mas acompanhada pela qualidade. (Alves M, 2003)

Vallejo, 1991, enuncia que ao analisar as necessidades apresentadas na pirâmide de Maslow, a doença traduz-se na ausência de liberdade do indivíduo, pois fica condicionado por diversos factores a aceder aos níveis da pirâmide. A doença deve ser referida à relação sujeito-objecto para que a doença assuma um carácter pessoal e existencial (concepção psicossomática). Evitar referir-se à doença quanto ao seu carácter estatístico ou sociológico. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O profissional de saúde precisa de compreender a pessoa para que esta possa sentir satisfação. Se uma pessoa se sente incompreendida, tende a isolar-se, tem maior dificuldade em expressar as suas necessidades pessoais e sociais. A insatisfação sentida pode conduzir a recorrer mais vezes ao SNS, adiando a recuperação e aumentando os gastos em saúde. (Ricou M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A medicina é uma ciência da relação, que possibilita a compreensão da pessoa como um todo, a satisfação das suas necessidades a determinar individualmente, e assim se atinge um equilíbrio. (Ricou M, in Serrão D, Nunes R, 1998)

É frequente ouvir dizer que a tecnologia contribuiu para a desumanização. Mas esta desumanização pode dever-se também à depreciação de valores da sociedade, pessoas menos solidárias e mais indiferentes ao sofrimento dos outros. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Os tempos de internamento são mais curtos, e há quem o considere factor de desumanização. Mas este é sinal de eficiência e daí que o sentimento seja de respeito por quem o trata. Até porque o doente mais rapidamente volta à sua família e sociedade, importante no carácter social. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A humanização começa dentro de cada profissional de saúde, de cada sistema. Há que orientar tudo para a satisfação do cidadão, para a personalização dos cuidados. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

É importante que o utente e os profissionais de saúde se consciencializem da urgência em reduzir o consumo, evitar o desperdício e maximizar a produção. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Poderá recorrer-se à adopção de medidas concretas como um fornecimento periódico (mensal) com a despesa efectuada aos profissionais de saúde. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Outra opção é o mapa recapitulativo ou mapa informativo para todos os profissionais de saúde e os doentes, principalmente na urgência. A lógica é: olha o que poupei! A lógica de sensibilidade do preço assume relevância já que as taxas moderadoras não contribuem muito para o financiamento e com o intuito de diminuir a afluência. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

A participação directa nos custos de cuidados de saúde contribui para a consciencialização do preço, a valorização do benefício, evitar o consumo desmesurado e diminuir o desperdício. (Antunes M, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Uma nova abordagem para promover a qualidade no sector da saúde foi desenhada e implementada. Isto incluiu a criação do Instituto da Qualidade em Saúde - IQS. (OPSS, 2001)

Rakel, 1993, defende que o sistema de saúde deve girar em torno do utente e do clínico geral. (Rakel, 1993 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003). Num esquema, em forma de pirâmide, no topo está a administração central e na base a medicina geral e familiar. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Um sistema universal claro de referência dos utentes (*gatekeeper*) que permite e racione o acesso aos cuidados hospitalares e retorne a responsabilidade da gestão global aos cuidados de saúde dos doentes para o médico de clínico geral (*empowerment*). Tais medidas contribuiriam para uma gestão mais adequada dos recursos financeiros. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O clínico geral gere não só os cuidados de saúde do doente, mas também da família e da comunidade. Inclui ainda as funções de “controlador e distribuidor de cuidados de saúde”. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003; p.97)

Estes dois pilares influenciam a dinâmica hospitalar em termos de urgências e consultas de especialidade. (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Vertente profissional

A política dos Recursos Humanos tem como matriz a análise SWOT – *Strength*, *Weakness*, *Opportunities* e *Treaths* – (Figura 4) que se aplica às organizações. As forças e fraquezas da organização são factores internos e estruturais como os recursos financeiros e humanos. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

As oportunidades e ameaças são factores externos. A evolução conjuntural do meio que envolve a organização é avaliada nesta análise. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

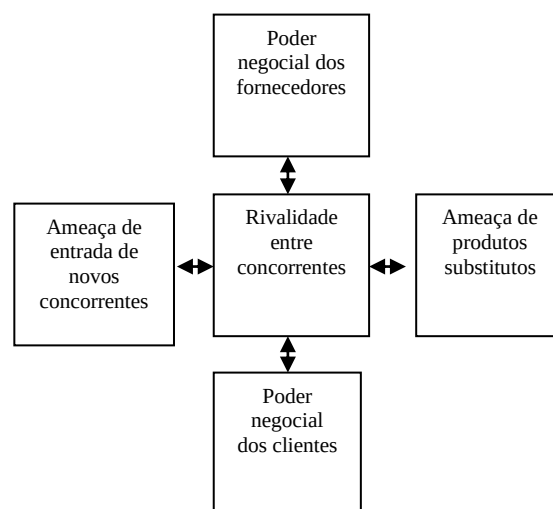
Cinco funções/forças de Porter foram definidas em 1979: rivalidade entre os concorrentes, poder negocial dos clientes, poder negocial dos fornecedores, ameaça de entrada de novos concorrentes, ameaça de produtos substitutos – Figura 5. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Figura 4: Análise SWOT

		Na conquista do objectivo	
		Ajuda	Atrapalha
Origem do factor	Interna (organização)	Forças S	Fraquezas W
	Externa (ambiente)	Oportunidades O	Ameaças T

Fonte: Freire A, 1997 e Jonhson G, Scholes K, 2002

Figura 5: Funções de Porter



As unidades prestadoras de cuidados de saúde têm um potencial humano. Sempre que há polémica nos recursos humanos, a organização parte. A organização parte porque o doente sofre, compromete-se a equidade no acesso. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Não há falta de médicos em Portugal e o seu envelhecimento não põe em causa a sobrevivência do sistema da saúde. (Rodrigues, 2002 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003). A distribuição geográfica de médicos demonstra falta de cobertura no interior e em Portugal Insular. Quanto à especialidade, faltam médicos de clínicos gerais. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Há diferenças quanto ao *ratio* médico/habitante, pois enquanto em Bragança é de 1/1000, em Coimbra é de 7/1000. Assim sendo, há falta de equidade espacial e de algumas especialidades médicas. (Nunes R, 2003)

Assim como é notório que não existe falta de Enfermeiros em Portugal, mas sim uma distribuição assimétrica nas principais cidades do país, tal como se pode comprovar pelos dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, Quadro 3, deste quadro pode-se deduzir que há disparidade entre o interior e o litoral. Como seria de prever Porto e Lisboa concentram em si a maior fatia de recursos humanos.

Quadro 3: Distribuição de Enfermeiros por distrito (2007)

Distribuição por Distrito (no território nacional)	F	M	Total (FM)
AVEIRO	1835	405	2240
BEJA	508	125	633
BRAGA	2306	486	2792
BRAGANÇA	701	166	867
CASTELO BRANCO	818	232	1050
COIMBRA	3147	1056	4203
ÉVORA	657	129	786
FARO	1386	330	1716
GUARDA	577	178	755
LEIRIA	1182	231	1413
LISBOA	10687	2385	13072
PORTALEGRE	453	157	610
PORTO	7663	1604	9267
SANTARÉM	1367	268	1635
SETÚBAL	2437	506	2943
VIANA DO CASTELO	898	208	1106
VILA REAL	919	238	1157
VISEU	1219	344	1563
RA AÇORES	1204	280	1484
RA MADEIRA	1461	272	1733
Total	41425	9600	51025

A Enf.^a Hiroko Minami, presidente do *International Council of Nursing* (ICN), afirmou: “a escassez de enfermeiros tem tido sérias repercussões na saúde e no bem-estar das populações, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em vias de desenvolvimento. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio na área da Saúde, bem como as iniciativas de desenvolvimento em geral, estão a ser prejudicadas por inadequados investimentos em recursos humanos e por acções que não conseguem desenvolver e manter recursos humanos consistentes”. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, 2006, o ICN sublinha “a necessidade de uma maior auto-suficiência dos países na gestão da procura e oferta de cuidados de saúde, de modo a existirem ambientes fiscais que suportem o desenvolvimento dos recursos humanos na área da enfermagem e a melhoria das infra-estruturas públicas (como por exemplo a rede viária, fornecimento de água e electricidade e as tecnologias de comunicação e informação).”

Após a formação da licenciatura, os enfermeiros, tais como outros profissionais, integram o SNS. Enfermeiros, ou outros profissionais em número excessivo nos serviços, aumentam a despesa no SNS, desviando recursos de áreas prioritárias. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Os recursos humanos também abrangem a estrutura das carreiras profissionais e respectivos regimes de trabalho. Repensar o planeamento dos recursos humanos, inclusive dos enfermeiros, em termos de número absoluto e distribuição relativa por especialidade e pelo território, é pertinente para satisfazer as necessidades básicas da população. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

É necessário repensar toda a formação profissional de acordo com as novas relações contratuais, por ex.: o recurso ao contrato individual de trabalho e o seu impacto nas carreiras profissionais. A implementação de incentivos à produtividade constitui uma medida a considerar. Um exemplo de incentivo à produtividade é o modelo de remuneração dos médicos nas urgências do Hospital Amadora/Sintra, no qual o pagamento é feito por acto de cada doente observado e referenciado para o domicílio, sala de observações ou para o internamento. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A formação de gestão não deve ser só na administração, mas também nas unidades de saúde e fomentar a formação na licenciatura. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

O Estado devia regular fortemente a formação no sector da saúde, por ex. há quem defenda a não liberalização na formação médica porque esta tem de ser específica. (Nunes R, 2003)

Em 1998, o Conselho de Ministros adoptou uma resolução criando mais duas escolas de medicina públicas, reforçando o ensino da enfermagem, promovendo mais capacidade de investigação e melhor coordenação entre as instituições onde se faz a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde. (OPSS, 2001)

A competência clínica tem uma influência directa na qualidade dos cuidados. As instituições criam um centro de formação para os seus profissionais de saúde, assim como os próprios serviços. O ensino sobre as orientações na prática, diminuem as variações na concretização da mesma. Assim como é importante a formação de base, também o é a formação contínua. (Sheehy S, 1998)

Os registos de enfermagem e notas evolutivas são importantes para o desenvolvimento do processo clínico – função interdependente, e, no desenvolvimento do processo de enfermagem – função autónoma. Os registos são um processo essencial de comunicação interna e externa, tendente à certificação de serviços como a garantia da qualidade. Os registos têm valor como suporte à investigação. (Sheehy S, 1998)

Os registos são determinantes num contexto ético-jurídico, na caracterização ou exclusão da responsabilidade. (Sheehy, S., 1998). Os registos electrónicos e informatizados, por exemplo o programa “alert” ou o “SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem” têm um papel e valor jurídico. (Portal da Saúde, 2009)

Os registos de enfermagem são uma forma de testemunho de todos os actos realizados, perduram no tempo e constituem um parâmetro da garantia da qualidade. São um meio de comunicação na equipa de enfermagem, um meio de individualização dos cuidados prestados aos pacientes e também são eles que nos conferem uma protecção legal. Os registos de enfermagem são um factor essencial e indispensável à enfermagem de hoje e do amanhã, independentemente da instituição onde ela seja exercida. (Sheehy S, 1998)

Existem várias finalidades dos registos, nomeadamente:

- Proporcionar a comunicação entre a equipa;
- Individualizar os cuidados para determinar as responsabilidades;
- Facilitar o planeamento das acções de enfermagem;
- Assegurar a continuidade dos cuidados;
- Avaliar e uniformizar os cuidados prestados;
- Auxiliar na investigação;
- Analisar os custos hospitalares;
- Permitir uma protecção legal;
- Sugerir áreas de formação em serviço. (Sheehy S, 1998)

Atendendo ao desenvolvimento da enfermagem é notório a dificuldade evidenciada pelos próprios enfermeiros, principalmente a nível do tipo de registos, assim como nas suas características, podendo naturalmente contribuir para uma deficiente continuidade dos cuidados ao utente. Para existir uma melhor interligação dos cuidados deveremos atender aos vários tipos de registos, sendo estes:

- Os que se centram no utente – englobando todos os registos desde a admissão do paciente até à sua alta/transferência. Estes podem ser específicos como uma folha para avaliar o risco de um paciente ter úlceras de pressão ou gerais como as folhas de enfermagem para 24h;
- Os que se centram na prescrição – são aqueles que seguem a indicação médica escrita;
- Os que são impostos pela lei – como os decretados burocraticamente para se registarem (ex. registo de estupefacientes);
- Os que se centram, implícita ou explicitamente, na contabilização da produtividade – são aqueles nos quais se regista o número de vezes que determinado procedimento é efectuado. (Sheehy S, 1998)

Para registar é necessário observar. Observar é recolher todo o tipo de informação a respeito do paciente, que deverá documentar a qualidade da assistência que o paciente recebe. Dos registos devem constar:

- Problemas/diagnósticos de enfermagem, objectivos do paciente e prescrições de enfermagem;
- A evolução/involução relativamente ao seu estado de saúde;
- Técnicas específicas usadas na execução dos cuidados;
- As prescrições médicas desempenhadas pelos enfermeiros;
- As respostas do paciente ou os resultados. (Sheehy S, 1998)

O papel do enfermeiro na avaliação da qualidade existe desde o tempo de Florence Nightingale, em que ela se refere ao processo de avaliação de qualidade dos cuidados ao doente. Florence estabeleceu padrões de cuidados ao doente, tendo reunido dados que sustentavam as suas observações. (Sheehy S, 1998)

A primeira auditoria de Enfermagem teve lugar em 1957, no Hospital Theyer, no Maine. Em 1967, definiu-se a avaliação dos cuidados como uma das quatro funções do processo de Enfermagem. (Sheehy S, 1998)

As organizações de saúde ocupam-se fundamentalmente da prestação de cuidados ao paciente. A maioria destes cuidados é prestada por Enfermeiros. A Enfermagem representa um centro de custos importantíssimos nas unidades prestadoras de cuidados de saúde. A responsabilidade pelo valor dos serviços de saúde cabe, não só aos enfermeiros como a todos os membros da equipa de saúde, mas os cuidados de enfermagem são essenciais na promoção de resultados positivos no paciente. (Sheehy S, 1998)

De acordo com a comissão de ética da federação mundial das sociedades de medicina intensiva, as normas éticas orientadoras da prática médica em geral e da medicina intensiva, em particular, devem incluir os seguintes princípios:

- Cuidados médicos de qualidade e senso comum;
- Tratamento com tudo o que deve ser feito e não o que pode ser feito;
- O doente tem direito a receber os tratamentos mais apropriados, obter a informação correcta e adequada, e, aceitar ou recusar os tratamentos. (Sheehy S, 1998)

Ao desempenhar as suas responsabilidades, os profissionais de saúde detêm um duplo dever, o de assegurar cuidados de saúde de qualidade aos utentes e o da utilização racional dos recursos disponíveis para esses cuidados de saúde. (Frederico M, 2000)

Integrante da ética, temos a deontologia profissional, em especial relevo o Código Deontológico dos profissionais que trabalham na área de saúde que é vinculativo ao profissional, e o qual baliza as suas acções, por ex.: Código Deontológico do Enfermeiro, da Ordem dos Enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

A par dos instrumentos que orientam a conduta profissional dos Enfermeiros, na prática laburamos com as regras empresariais instituídas nos Hospitais EPE.

É necessário combinar recursos humanos, físicos e a qualidade na prestação, mas tal é complexo. Posto isto a autonomia e a criação de unidades intermédias de gestão é fundamental. Quem trabalha naquele serviço é que conhece o que falta e o que é preciso. Os responsáveis de serviço devem ter liberdade para optar na aquisição de material e de pessoal. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

Apesar do aumento do número de pessoas tratadas e dos cuidados prestados, tem-se verificado restrições no pessoal de Enfermagem, nos serviços hospitalares. (Sheehy S, 1998)

1.5.3 – Diplomas Legais

Os diplomas legais pelo seu conteúdo e periodicidade demonstram a história do caso português e alguns marcos a nível internacional. Apresentaremos de seguida os que consideramos mais representativos.

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (Anexo 2), tinha como base a igualdade de direitos entre todos os seres humanos. (Duarte I, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A Declaração de Alma-Ata, OMS em 1978 referiu a importância de uma vida social e economicamente produtiva para viver de forma saudável. (Frederico M, 2000).

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, (Anexo 5) apresenta o SNS como a pedra angular do Sistema Nacional de Saúde, que inclui os agentes privados e de solidariedade social (Rêgo G, Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Na lei acima enunciada, o cidadão tem direito à promoção e defesa da saúde, à prestação de cuidados nos serviços públicos ou privados, e, prevê medidas especiais para grupos de risco. Para menores e incapazes, considera a possibilidade de um representante legal para a tomada de decisões. (Fontes A et al, 2006)

A Directiva 92/28/CEE, do ano de 1992, regula o mercado da publicidade do medicamento. (Rêgo G, 2001 in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O Decreto-lei nº 54/92 de 11 de Abril é relativo à taxa moderadora. Conforme a Lei de Bases da Saúde, o cobro das taxas moderadoras tem como objectivo básico contribuir para uma maior eficiência e qualidade dos serviços prestados. (Fontes A et al, 2006)

A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, de 1998, assinala que a par dos direitos coexistem deveres. (Anexo 3)

O Código Deontológico dos Enfermeiros foi publicado em Diário da República, 1ª Série A, em 21 de Abril de 1998. Constitui um instrumento de orientação profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

O PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera) é uma resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de Abril, publicada no Diário da República, 1ª Série, de 25 de Maio de 2002, que visa diminuir as listas de espera através de contratos de cirurgias nos hospitais, incluindo os privados e os de solidariedade social. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

Como o PECLEC tem uma duração de dois anos, implementaram o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC), pela Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004. O objectivo é diminuir o período “entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível.”

A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, aprova o novo regime jurídico de gestão hospitalar. (Nunes R, in Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

O Artigo 14º da Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos da Unesco de 2005. Refere uma componente intersectorial na saúde, tal como já enunciado acima. (Anexo 4)

O Programa do Medicamento Hospitalar (PMH) foi publicado no despacho n.º 25 811/2006 de 24 de Novembro, pelo gabinete do Ministro da Saúde. (Ministério da Saúde, 2006)

Perante tudo isto de que forma é que os enfermeiros percepcionam a afectação de recursos para a saúde.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. TIPO DE ESTUDO E METODOLOGIA

Este estudo é transversal e descritivo.

Pretende-se que este seja um estudo transversal, pelo que é nosso objectivo usar um instrumento de recolha de dados que “fotografe” a realidade no momento actual. (Fortin M, 1999)

Trata-se de um estudo descritivo porque se aspira caracterizar/descrever como o fenómeno da afectação de recursos para a saúde, mais concretamente a introdução das “novas regras empresariais” nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, se expressa na prática de Enfermagem. (Fortin M, 1999)

O objectivo descrito classifica-se a um nível de compreensão. Procura-se acumular conhecimentos sobre o fenómeno enunciado. (Silva M, Magalhães R, 2001)

Segundo Fortin, 1999, o principal objectivo do estudo descritivo simples consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características de uma população ou de uma amostra desta.

Ainda segundo a mesma autora (1999:162), neste tipo de estudo “...são procuradas as relações entre os conceitos afim de obter um perfil geral dos fenómenos, mas o exame dos tipos e dos graus de relações não é o objectivo principal deste nível de investigação”.

As investigações descritivas efectuem-se num contexto exploratório pois que à priori o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidos no investigador. (Fortin M, 1999)

A metodologia usada neste trabalho é a quantitativa, uma vez que as observações que se pesquisa são mensuráveis e porque as suas características são aquelas que mais se adaptam ao tipo de estudo desejado. (Silva M, Magalhães R, 2001)

De acordo com Haguette (1994, citado por Gauthier, Cabral, Santos, Tavares, 1998), a metodologia quantitativa adequa-se como método de pesquisa, uma vez que aquilo que ambicionamos é um diagnóstico inicial da situação, ou seja, um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do nosso problema.

Segundo Fortin (1999), o papel do investigador é tentar a isenção, objectividade e o mínimo de interpretação e de projecção pessoal.

Os dados recolhidos, através do questionário, serão tratados pelas análises estatísticas. Pretende-se com esta metodologia obter resultados precisos e confiáveis.

Após a enunciação do tipo de estudo e metodologia, segue-se a exploração do problema em estudo.

2. PROBLEMA EM ESTUDO

Neste capítulo irei abordar a questão de investigação, os objectivos do estudo e as questões orientadoras.

2.1. Questão de Investigação

De acordo com Fortin, 1999, qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

Para escolher o problema de investigação, delimitou-se uma área de interesse preciso (o domínio de investigação). Para que se pudesse efectuar a escolha, optou-se pelo conceito de proximidade, que são as observações efectuadas na prática e pela experiência pessoal e profissional. A área que se escolheu para constituir o domínio de investigação foi a afectação de recursos para a saúde.

De seguida procurou-se construir a questão de investigação. De acordo com Fortin, (1999:51), trata-se de um “...enunciado interrogativo claro e não equívoco, que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar.”. Refere ainda que deve ser expressa em termos observáveis e mensuráveis, e ser capaz de sugerir a direcção a tomar para realizar a investigação, isto é, orientar sobre o método a utilizar.

Para formular e aperfeiçoar a questão de investigação, analisou-se diversa bibliografia, incluindo trabalhos de investigação.

Nesta etapa, o principal objectivo é efectuar um levantamento dos trabalhos realizados a propósito desta temática, e, conhecer o que já tinha sido feito e descrito na área da afectação de recursos para a saúde e a Enfermagem.

Uma das principais constatações foi a existência de variada bibliografia na área de afectação de recursos para a saúde mas escassa sobre como esta área se relaciona com a Enfermagem.

Verificou-se também que o próprio tema da afectação de recursos para a saúde é abrangente, pelo que se decidiu estreitecer no sentido da introdução das “novas regras de gestão empresarial” nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, mais especificamente EPE.

Apresentamos assim alguns trabalhos desenvolvidos e trabalhos de investigação básicos para obter a questão de investigação. “Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde”, é um artigo de Luís Pisco, o Director do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). A Comissão Nacional da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) – Portugal, tem publicado no seu site a “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”. A Lei de Bases da Saúde está descrita na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. O questionário do sistema de avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente nos Hospitais SA, constitui um instrumento de medida de satisfação dos utentes nos Hospitais SA (Dezembro 2003), da Universidade Nova. A divulgação dos resultados de 2005, do sistema de avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente, nos Hospitais EPE, é o exemplo de trabalhos executados tendo como foco central a qualidade. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação de Pedro Lopes Ferreira e Vítor Raposo é um estudo original, que também entrevista o utente.

Formulou-se a seguinte questão de investigação: “Como é que as medidas de gestão, introduzidas nos Hospitais EPE, afectam a Enfermagem?”.

Trata-se de uma questão de nível I, uma vez que corresponde à exploração de um fenómeno, cuja resposta é essencialmente descritiva. Este nível consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento de modo a torná-lo conhecido. (Fortin M, 1999)

2.2. Objectivo do Estudo

Segundo Fortin (1999), o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação.

Simultaneamente é definido como um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão, que neste caso é a afectação de recursos. Especifica as variáveis-chave, a população-alvo e o contexto do estudo. (Fortin M, 1999)

O objectivo geral e os específicos já enunciados na introdução constituem a ponte para as questões de investigação.

2.3. Questões Orientadoras

Segundo Fortin, 1999, a questão orientadora é um enunciado, expressão verbal susceptível de ser verdadeira ou falsa. É uma proposição testável que pode ser a solução do problema. As suas finalidades incluem:

- a) estabelecer relações entre variáveis;
- b) estabelecer ligação entre teorias;
- c) induzir o pensamento científico;
- d) fomentar a compreensão dos fenómenos;
- e) orientar o plano de investigação.

Para dar resposta à questão de investigação, “Como é que as medidas de gestão, introduzidas nos Hospitais EPE, afectam a Enfermagem?”, elaborou-se as seguintes questões orientadoras específicas.

Questões orientadoras específicas (Q):

Q1 – Qual a utilidade prática das medidas de gestão?

Q2 – Qual a motivação para os Enfermeiros aderirem às medidas de gestão?

Q3 – Qual a influência de outros Enfermeiros, no local de trabalho do inquirido, para a adesão às medidas de gestão?

Q4 – Qual a influência das medidas de gestão no tempo dispendido na prestação dos cuidados?

Q5 – Qual a influência das medidas de gestão no número de registos da actividade?

Q6 – Qual a influência das medidas de gestão nos custos económicos associados à prestação de cuidados?

Q7 – Qual a influência das medidas de gestão no número de Enfermeiros do serviço?

Q8 – Qual a influência das medidas de gestão na relação Enfermeiro-doente?

Q9 – Qual a influência das medidas de gestão na qualidade dos cuidados de saúde prestados?

Q10 – Qual a influência das medidas de gestão na valorização da profissão?

Q11 – Qual a vontade de obter informação?

3. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Segundo Kerlinger (1973, in Fortin M, 1999), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos.

Polit e Hungler, 1998, precisam que a actividade de investigação é empreendida afim de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam, e como eles estão associados aos diferentes valores de outras variáveis. (Polit D, Hungler B, 1998)

Utilizou-se algumas variáveis atributos para caracterizar os inquiridos, nomeadamente as características biológicas como o sexo e a idade; as sociais como as habilitações literárias; e as inerentes à profissão como o tempo profissional de Enfermagem e a região onde exerce a actividade principal.

As grandes variáveis deste estudo correspondem às palavras-chave da questão de investigação. Ou seja, “medidas de gestão” e “Enfermagem”, e “Hospitais EPE”. É de recordar, que a questão principal de investigação é: “Como é que as medidas de gestão, introduzidas nos Hospitais EPE, afectam a Enfermagem?”.

Entende-se, neste contexto, por medidas de gestão, as atitudes tomadas mais concretamente as medidas legislativas, com o objectivo de melhorar a eficiência e eficácia. Trata-se da implementação de uma nova modalidade de gestão dos serviços públicos. (Nunes R, Rêgo G, 2002)

E, para identificar Enfermagem, apresenta-se a definição clássica formulada por Virginia Henderson (1966), que descreve a função da enfermagem como: “ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das actividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência”.

Define-se a terceira variável – Hospitais EPE – como uma unidade prestadora de cuidados de saúde, um local destinado ao atendimento de doentes, para proporcionar o diagnóstico e o tratamento necessário sendo esta simultaneamente uma entidade pública empresarial. Actualmente há diferenciação entre Hospitais públicos e privados. (Dicionário, 2007)

Para além destas três grandes variáveis, iremos definir os termos, utilizados nas questões orientadoras específicas.

Na Q1 – Qual a utilidade prática das medidas de gestão? – entende-se por utilidade prática, a vantagem decorrente do exercício da actividade. (Dicionário, 2007)

Na Q2 – Qual a motivação para os Enfermeiros aderirem às medidas de gestão? – referimos motivação, como o motivo pela qual uma determinada pessoa é levada a efectuar algo. (Dicionário, 2007)

Na Q3 – Qual a influência de outros Enfermeiros, no local de trabalho do inquirido, para a adesão às medidas de gestão? – define-se influência como efeito de alguém sobre os nossos pensamentos e/ou atitudes. (Dicionário, 2007)

Na Q4 – Qual a influência das medidas de gestão no tempo dispendido na prestação dos cuidados? – entende-se prestação de cuidados de saúde, como assistência, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. (Imperatori, 1985).

Na Q5 – Qual a influência das medidas de gestão no número de registos da actividade? – considera-se registos da actividade, o acto ou efeito de inscrever um facto ou acontecimento para não ser esquecido. Actividade é o conjunto de actos ligados ordenadamente para a realização de determinado fim. (Dicionário, 2007)

Na Q8 – Qual a influência das medidas de gestão na relação Enfermeiro-doente? – entende-se relação com o doente, a criação de uma ligação profissional. (Dicionário, 2007)

Na Q9 – Qual a influência das medidas de gestão na qualidade dos cuidados de saúde prestados? – qualidade dos cuidados de saúde é interpretada como aptidão; capacidade. (Dicionário, 2007)

Na Q10 – Qual a influência das medidas de gestão na valorização da profissão? – valorização da profissão significa reconhecimento da importância, relevância ou interesse de algo. (Dicionário, 2007)

É de salientar que as variáveis: do ambiente físico, ambiente social, as demográficas e as características individuais são variáveis potencialmente “confundentes”.

Para melhor compreender os conceitos dos termos utilizados nas questões específicas relativas à Q1, Q2 e Q3, passamos a apresentar a correspondência da escala de Likert que adoptamos para o trabalho: 1 – nunca, 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre.

Segundo Clegg, 1995, estas variáveis são expressas em unidades. Por vezes, as unidades são aquelas usadas no dia-a-dia, enquanto noutras circunstâncias é necessário criar ou recorrer a outras. Assim, procuraram-se escalas próprias para se poder expressar uma dada variável numa unidade adequada, com o propósito da análise estatística. Existem quatro escalas de medição, que por ordem ascendente de precisão são: nominal, ordinal, de intervalo ou de razão. (Clegg F, 1995)

Mais ainda, e de acordo com este autor, na escala nominal o número corresponde a uma equivalência (categoria ou classe). Na ordinal, ordena-se a variável em estudo, em que o número representa a relação entre elementos numerados (tamanho relativo), para além da equivalência. As escalas de intervalo e a de razão são cardinais, cujos números podem ser discretos ou contínuos (com intervalos iguais), e a distinção entre elas reside na ausência/existência de zero, respectivamente. As escalas: nominal e ordinal, são do tipo qualitativo e as restantes do tipo quantitativo.

Neste estudo, a maioria das variáveis serão tratadas estatisticamente como ordinais. As nominais são sexo, habilitações académicas, região e informação. Excepcionalmente, as questões acerca da idade e do tempo profissional incluem-se nas escalas de razão.

4. ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Neste capítulo abordaremos a construção e aplicação do questionário, a realização do pré-teste, o enviesamento e as considerações éticas tidas em conta.

4.1. Características da Amostra para o Pré-teste

A amostra é constituída por 12 Enfermeiros activos no seu exercício profissional.

4.2. Instrumento de Colheita de Dados

Tendo em conta a metodologia quantitativa, o instrumento de colheita de dados escolhido foi o questionário, por fornecer resposta aos objectivos pretendidos e para obter o maior número possível de elementos da amostra, aumentar a representatividade e diminuir o erro amostral. (Fortin M, 1999)

Para a construção do questionário tanto no texto das questões como na sua ordem, respeitou-se as grandes linhas de orientação enunciadas por Fortin, 1999.

A elaboração do questionário (Anexo 6) foi resultado de um processo contínuo de autocrítica, no qual se avançou com a cotação das questões.

O questionário divide-se em dois grupos: caracterização da amostra e as questões acerca das medidas de gestão introduzidas nos Hospitais EPE e como podem afectar a Enfermagem. As 16 questões do instrumento de colheita de dados são fechadas. Utilizou-se a escala de Likert em três questões relativas ao impacto da introdução das medidas de gestão dos Hospitais EPE na Enfermagem.

Pré-teste

Segundo Fortin, 1999, o pré-teste é utilizado a título experimental e valida o formulário/questionário. Contribui para o melhorar do instrumento, verifica a ausência de informação, e se a linguagem das questões se ajustam à população ou amostra a inquirir, assim como valida a sequência das mesmas.

Gauthier et al, 1998, refere que este deve ser aplicado a um mínimo de 10 elementos.

O questionário do pré-teste (Anexo 7) foi aplicado a pessoas com características semelhantes à amostra definida. Corresponde a 12 pessoas e foi realizado do dia 5 a 10 de Março de 2007.

Após a sua realização verificou-se que alguns aspectos deveriam ser aperfeiçoados. Aspectos esses sugeridos pelos inquiridos. Um desses aspectos foi a exemplificação de medidas de gestão introduzidas nos Hospitais EPE. Na caracterização da amostra, especificou-se as unidades da idade e do tempo profissional, respectivamente anos e anos e/ou meses. Também se alterou expressões como “cultura empresarial”, “novas regras empresariais” e “empresarialização” para “medidas de gestão”. Também se corrigiu o número das questões. E, por fim, acrescentou-se a questão da informação.

Após estas correcções foi realizado um segundo pré-teste, que se aplicou de 11 a 12 de Março de 2007, e em que nos certificamos que o questionário era aplicável.

4.3. Aplicação do Questionário

A preparação para a aplicação do instrumento de colheita de dados incluiu: selecção da amostra representativa do estudo e contacto prévio, por escrito, com as instituições seleccionadas para a aplicação do questionário (Anexo 8).

Dividindo a população de Enfermeiros pelas regiões de Norte, Centro e Sul (Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), optou-se por em cada região seleccionar uma instituição para a aplicação do questionário.

Segundo a ficha de actualização de dados da Ordem dos Enfermeiros de 31/12/2006: Norte – 15305, Centro – 11410, Lisboa e Vale do Tejo – 17332, Alentejo – 2002, Algarve – 1696.

Após a autorização do pedido pela administração de cada instituição e consentimento de cada Enfermeiro-chefe, concedido a partir de Março de 2007, foi iniciada a colheita dos dados. O questionário foi aplicado entre Março e Junho de 2007, à população de Enfermeiros activos no seu exercício profissional.

Obtiveram-se 788 inquéritos válidos. Enquanto 12 questionários foram rejeitados por três ou mais faltas de resposta.

Enviesamento

Segundo Fortin, 1999, o enviesamento resulta de qualquer influência, condição ou conjunto de condições susceptíveis de falsear os resultados de um estudo e de prejudicar assim a sua generalização. Vários factores ligados à investigação podem ser motivo de enviesamento: o investigador, os sujeitos, a amostra, os instrumentos de medida, os dados. Reveste-se de uma grande importância dado que pode afectar a interpretação dos resultados de um estudo.

Há dois tipos de erros: os erros aleatórios (de amostragem, grande variabilidade na medida sumária estimada) e os erros sistemáticos (de viés, erro no cálculo da medida sumária). No primeiro caso estamos a aumentar a precisão dos dados e no segundo a sua validade interna. É importante reconhecer que a validade é mais importante que a precisão. (Silva M, Magalhães R, 2001)

Aquando da elaboração da questão de investigação começa-se a pensar qual o melhor método de recolha de dados de maneira a que a informação recolhida seja a mais verosímil possível.

Inicialmente, colocou-se a hipótese de aplicar um formulário. Contudo visto ser um estudo quantitativo em que a amostra é numerosa e portanto mais representativa da amostra, julgou-se que seríamos mais bem sucedidos optando por um questionário.

Na construção do questionário teve-se em atenção alguns aspectos como não ser demasiado longo e evitar palavras ou questões ambíguas. Escolheu-se a altura do pré-teste para colmatar possíveis erros e escolher a melhor forma de colocar as questões.

Desta forma conseguiu-se obter uma amostra representativa da população de Enfermeiros no activo e tornar o questionário mais acessível aos mesmos, eliminando duas importantes fontes de enviesamento.

Mas estas fontes de enviesamento podem não ser as únicas. O simples facto de se encontrarem numa instituição de saúde pode condicionar as suas respostas. Em contraposição a isto salienta-se o carácter anónimo do questionário e que este tem uma finalidade académica no próprio enunciado do questionário.

As próprias características dos elementos da amostra, aspectos como o sexo, idade, localização geográfica ou outro podem influenciar as respostas às questões.

Por exemplo um Enfermeiro com 8 anos de experiência profissional tem uma opinião diferente de um Enfermeiro com 2 anos de experiência, bastando cingir ao simples facto de terem experiências diferentes para corroborar esta ideia. A área geográfica pode ser ela própria um factor de enviesamento com microculturas que influenciam o comportamento das pessoas. Para contrariar este facto, a escolha da amostragem vai ser aleatória simples e o mais alargada possível de maneira a aumentar assim o seu grau de representatividade e assim diminuir possíveis enviesamentos.

4.4. Considerações Éticas na Aplicação do Instrumento de Pesquisa

Pretende-se neste momento sublinhar a importância dos princípios éticos que devem acompanhar todo o processo de pesquisa.

Do exposto resulta que se salvaguardou a confidencialidade e anonimato da informação adquirida do inquirido envolvido neste estudo de investigação.

Para tal foi pedida a autorização à Administração de cada instituição envolvida para a aplicação do questionário aos seus Enfermeiros. Posteriormente estabeleceu-se contacto pessoal com os Enfermeiros responsáveis em cada serviço onde foram preconizados os seguintes aspectos:

- Objectivos e finalidade do estudo;
- Importância de que cada sujeito expresse a sua realidade;
- Respeito pela confidencialidade e anonimato;

A introdução das novas medidas de gestão nos hospitais EPE e a Enfermagem

- A possibilidade do inquirido conhecer o estudo;
- Agradecimento pela colaboração prestada.

Junto de cada Enfermeiro foi solicitada a sua participação voluntária e garantida a confidencialidade dos dados, através do enunciado do questionário.

5. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E SUA ANÁLISE

Segundo Fortin, 1999, o papel do investigador é tentar a isenção, objectividade e o mínimo de interpretação e de projecção pessoal. Os dados recolhidos, através do questionário, serão tratados pelas análises estatísticas. Pretendemos com esta metodologia quantitativa obter resultados precisos e confiáveis.

Os dados serão organizados através do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS).

Para o tratamento de dados obtidos utilizar-se-ão frequências absolutas e relativas e a média na análise da idade.

5.1. Resultados do Pré-teste

Nos resultados do pré-teste distinguem-se os resultados das características dos inquiridos, do restante questionário.

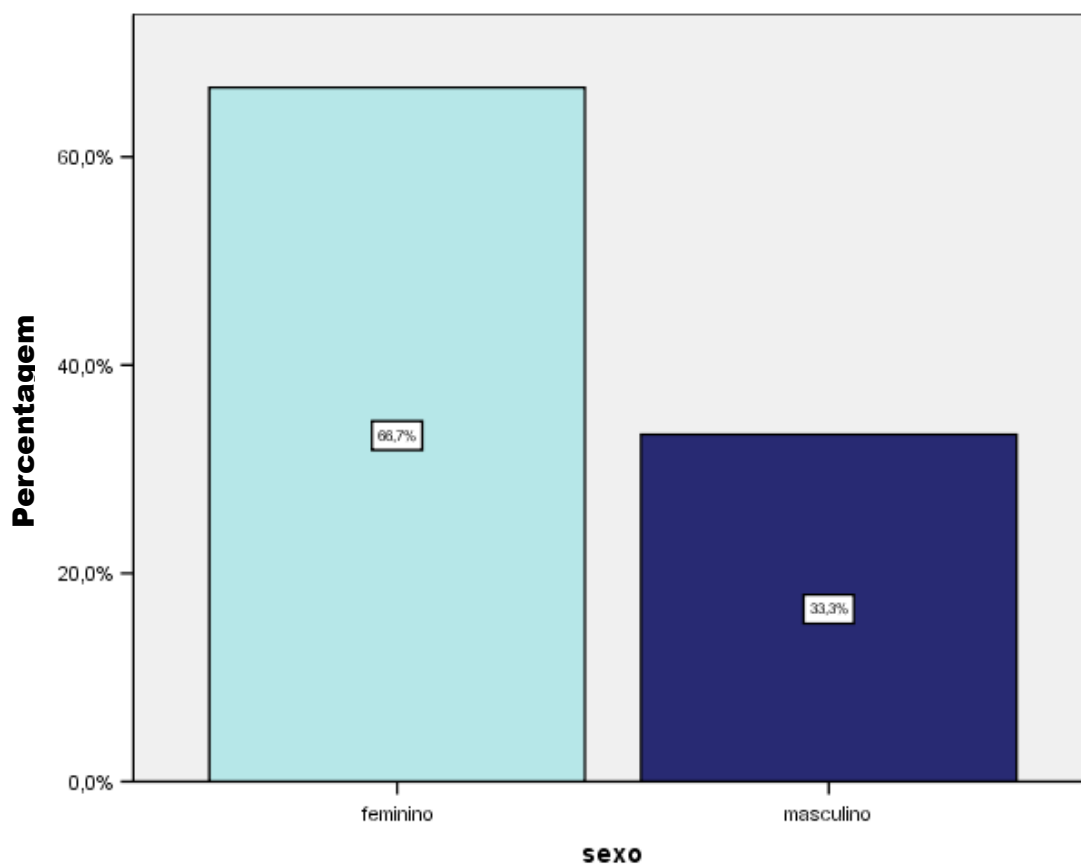
5.1.1. Resultados das características dos inquiridos no pré-teste

Para a caracterização da amostra, elaboraram-se cinco questões.

Tabela 1: Pré teste/Sexo

Sexo		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	Feminino	8	66,7	66,7	66,7
	Masculino	4	33,3	33,3	100,0
Total		12	100,0	100,0	

Gráfico 1: Pré-teste/Sexo

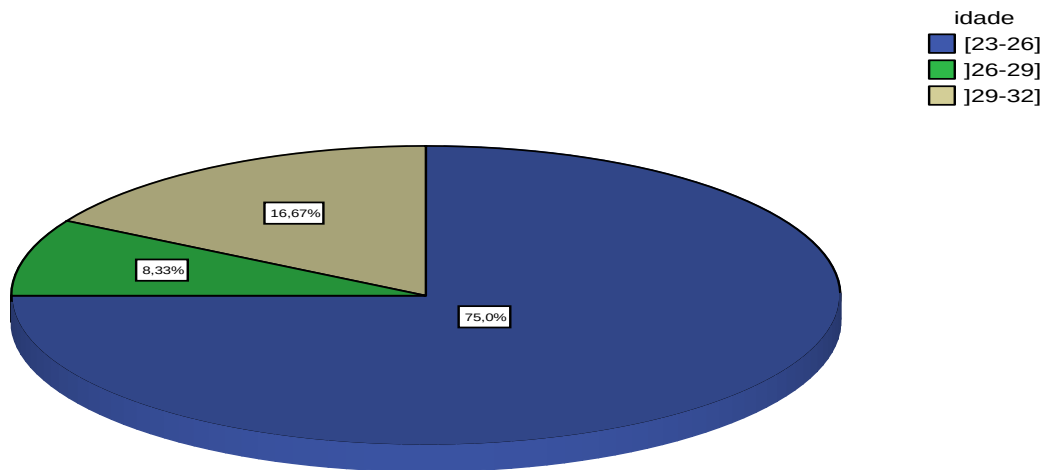


No questionário, a primeira questão colocada é se o inquirido pertence ao sexo feminino ou masculino. Dos 12 inquiridos, oito pessoas pertencem ao sexo feminino, o que equivale a 66,6%. Enquanto 4 são masculinos, ou seja 33,3% do pré-teste.

Tabela 2: Pré-teste/Idade

Idade	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas [23-26]	9	75,0	75,0	75,0
[26-29]	1	8,3	8,3	83,3
[29-32]	2	16,7	16,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 2: Pré-teste/Idade



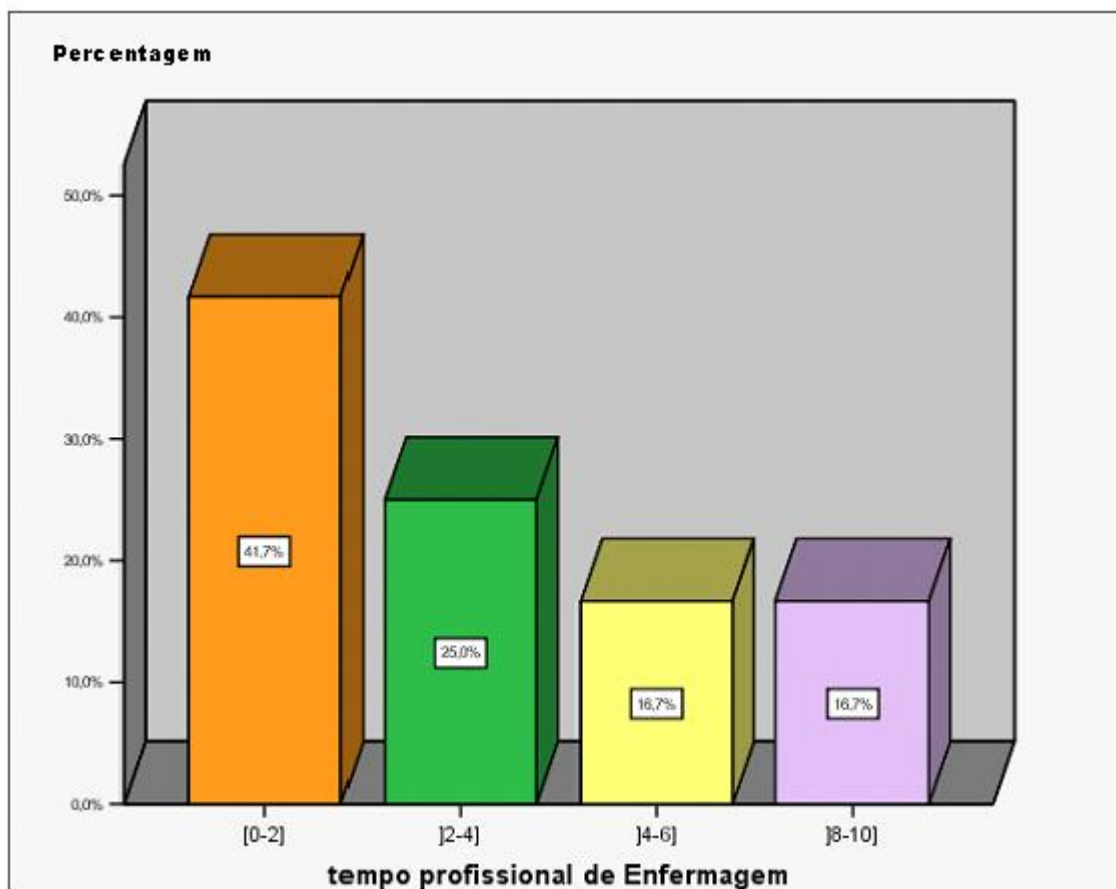
No questionário, a segunda questão colocada é a idade. Dos inquiridos, 75% tem entre 23 e 26 anos, 8,3% tem entre 26 e 29, e, por fim 16,7% tem entre 29 e 32 anos.

A média de idades foi de 26 anos.

Tabela 3: Pré-teste/Tempo profissional de Enfermagem

Tempo profissional de Enfermagem	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas [0-2]	5	41,7	41,7	41,7
[2-4]	3	25,0	25,0	66,7
[4-6]	2	16,7	16,7	83,3
[8-10]	2	16,7	16,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 3: Pré-teste/Tempo profissional de Enfermagem

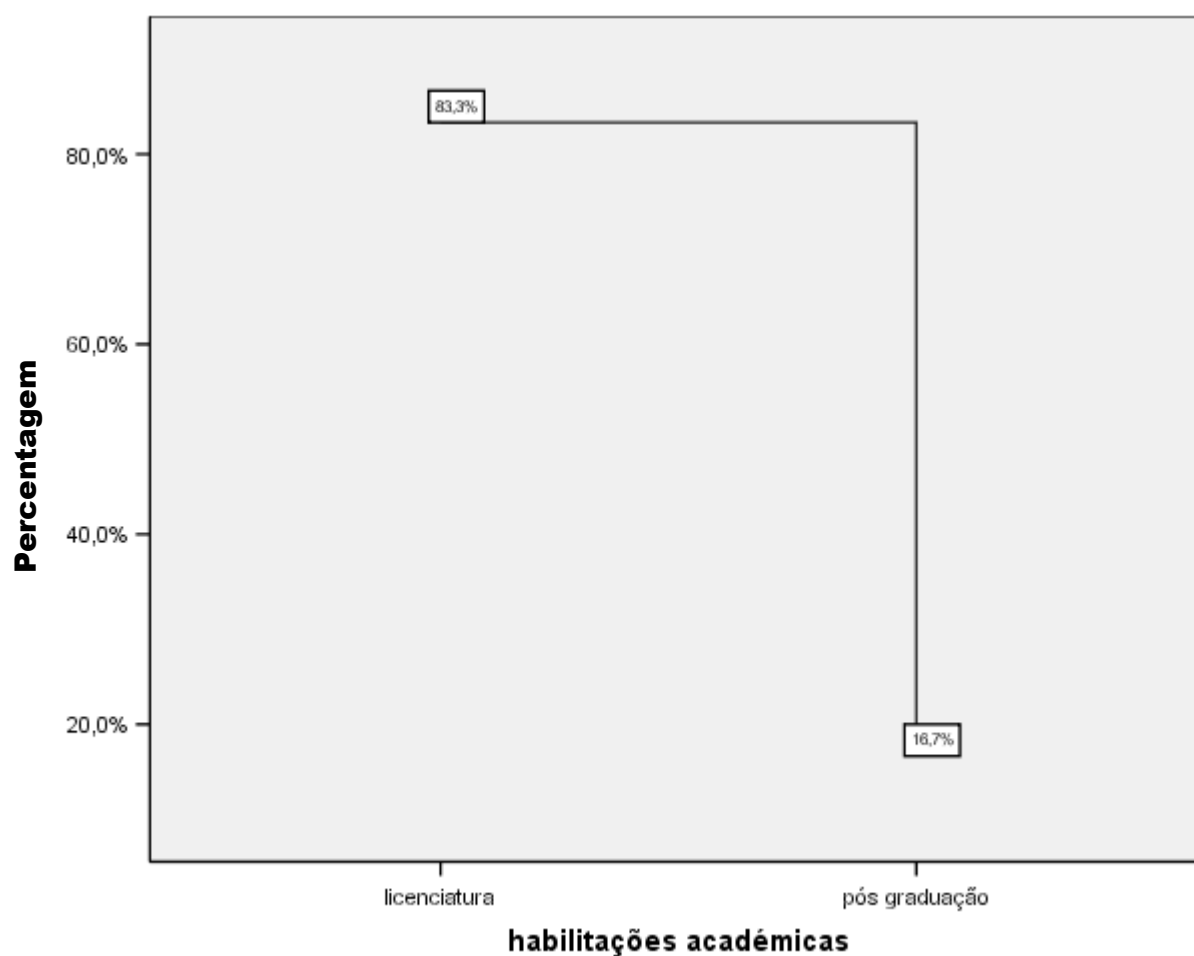


No questionário, a terceira questão colocada é sobre o tempo profissional de Enfermagem. O tempo de actividade profissional em Enfermagem variou dos 0 aos 10 anos. No entanto, no intervalo dos 0 aos 2 anos, apenas um inquirido apresentava-se a exercer a profissão num período de ano e meio, e os restantes elementos trabalhavam à 2 anos. Cinco pessoas (41,7%) trabalham até os 2 anos, 25% exercem a profissão entre 2 a 4 anos, duas pessoas (16,7%) trabalham entre 4 e 6 anos. E, por fim duas pessoas (16,7%) praticam a profissão entre 8-10 anos.

Tabela 4: Pré-teste/Habilitações académicas

Habilitações académicas		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	Licenciatura	10	83,3	83,3	83,3
	pós graduação	2	16,7	16,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 4: Pré-teste/Habilitações académicas

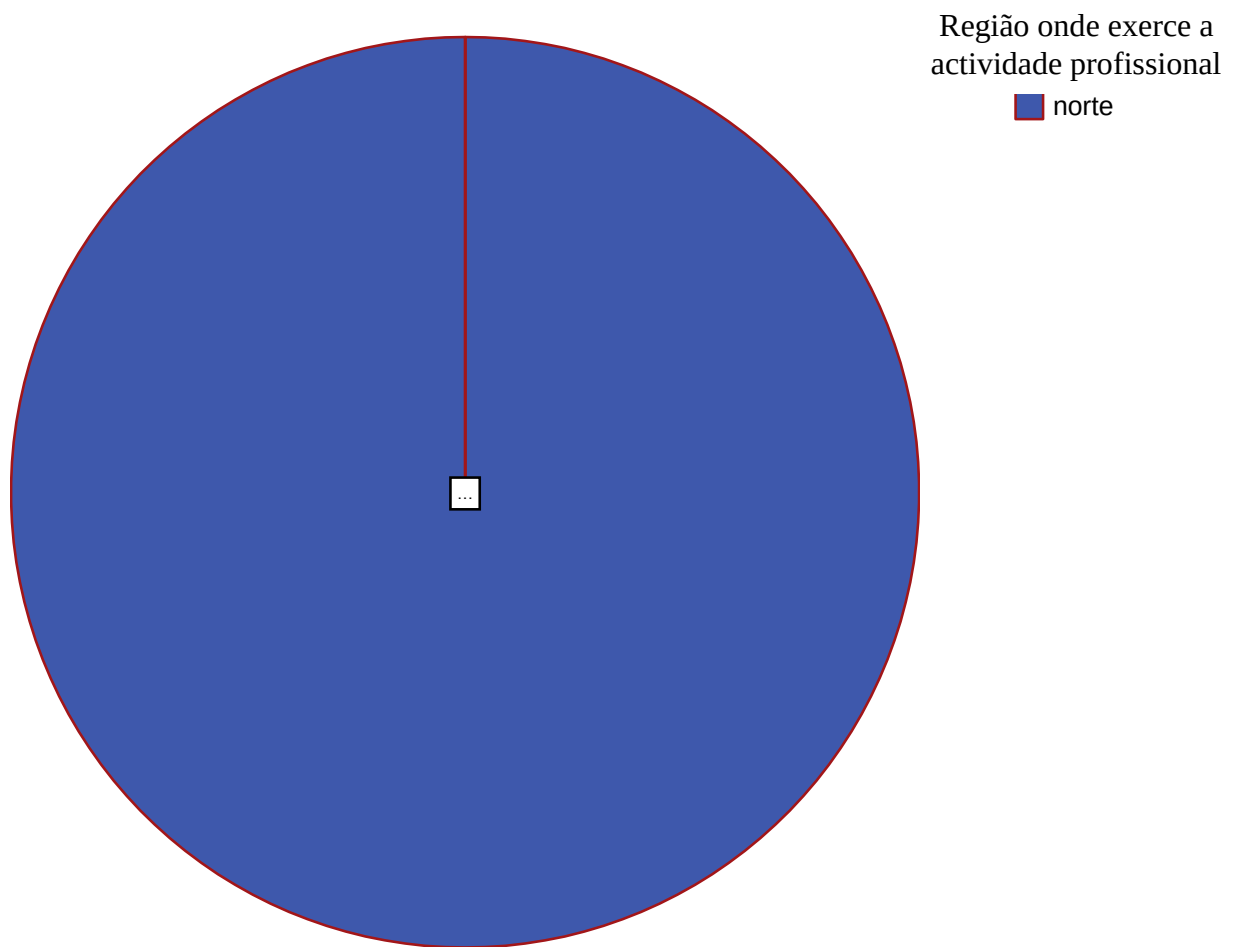


No questionário, a quarta questão colocada é sobre as habilitações académicas do inquirido. Dez pessoas são licenciadas, o que equivale a 83,3% constituindo a maioria. Enquanto apenas duas possuem pós-graduação. Ou seja 16,7% do pré-teste. As opções de bacharelato, especialidade, mestrado, doutoramento ou outro não foram escolhidas.

Tabela 5: Pré-teste/Região onde exerce a actividade profissional

Região onde exerce a actividade profissional	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas norte	12	100,0	100,0	100,0

Gráfico 5: Pré-teste/Região onde exerce a actividade profissional



Na parte da caracterização do questionário, a última questão colocada é sobre a região onde exerce a actividade principal. Todos os inquiridos trabalham na região norte, o que equivale a 100%.

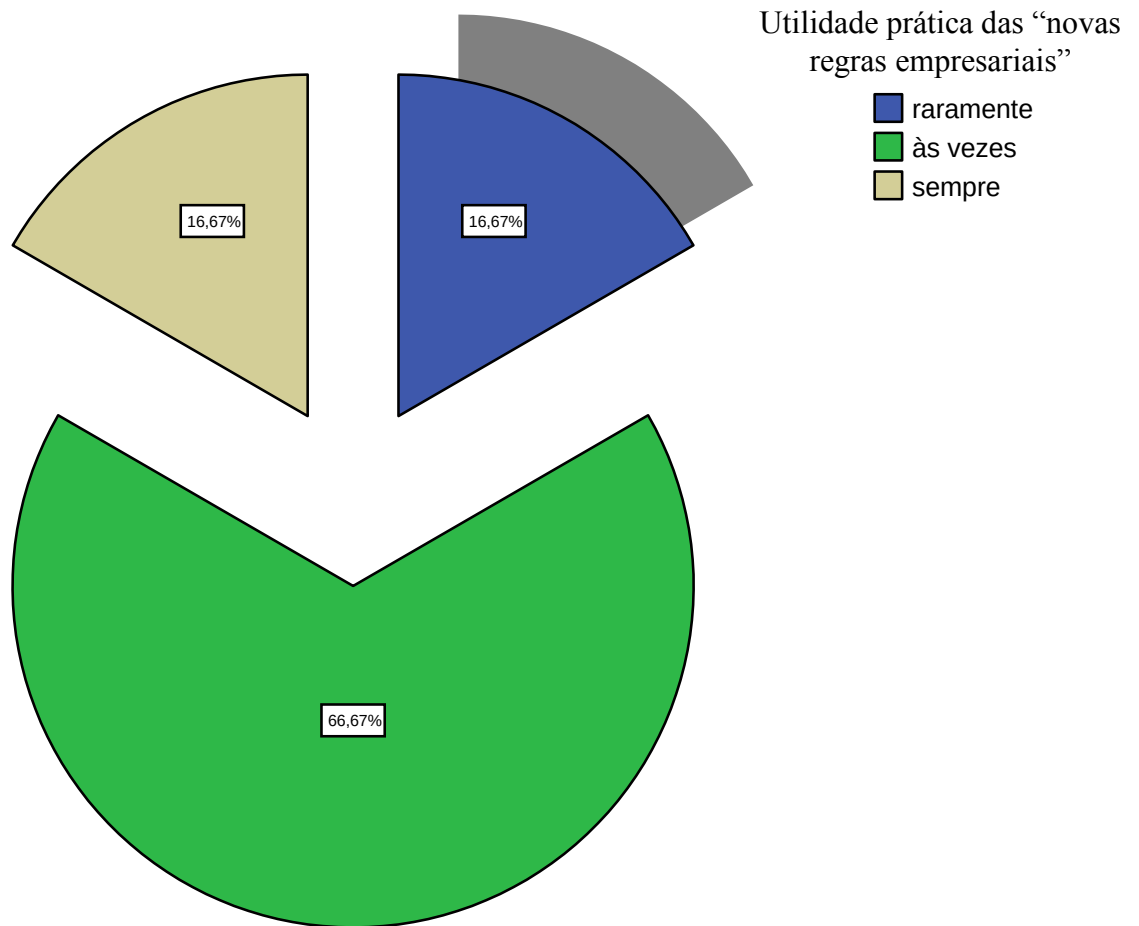
5.1.2. Resultados do questionário do pré-teste

Nesta parte, evidenciaram-se os resultados do questionário directamente relacionados com o tema afectação de recursos para a saúde.

Tabela 6: Pré-teste/Utilidade prática das “novas regras empresariais”

Utilidade prática das “novas regras empresariais”		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	Raramente	2	16,7	16,7	16,7
	às vezes	8	66,7	66,7	83,3
	Sempre	2	16,7	16,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 6: Pré-teste/Utilidade prática das “novas regras empresariais”



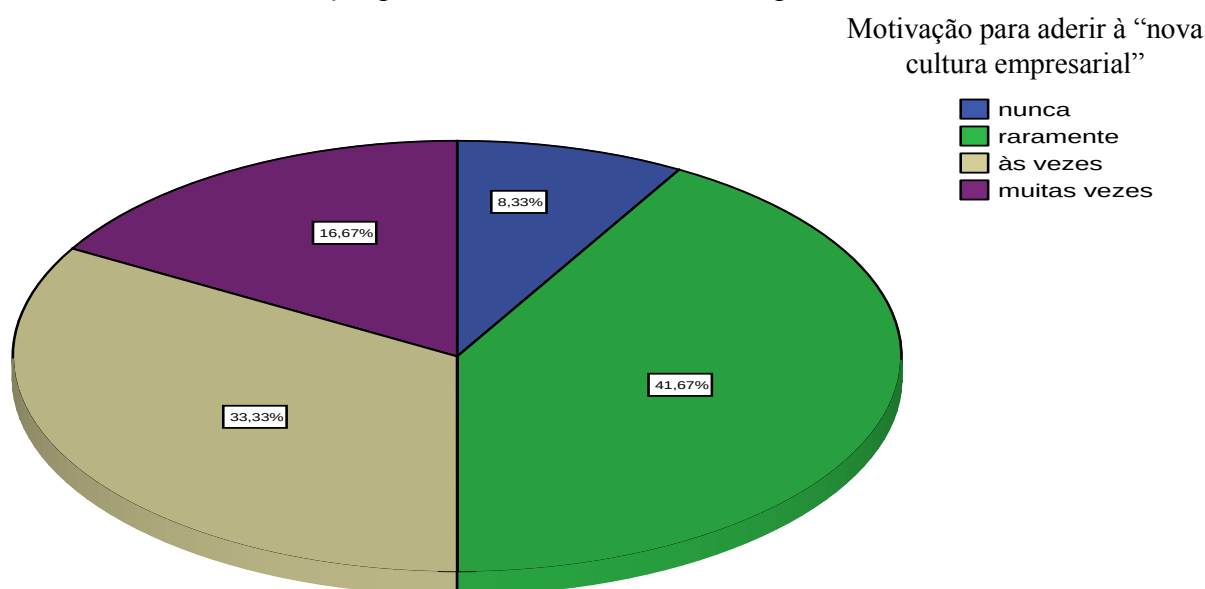
No questionário do pré-teste, a primeira questão colocada é sobre a utilidade prática das “novas regras empresariais” – “As “novas regras empresariais” introduzidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde têm utilidade prática?”.

Aplicou-se nesta questão, como nas duas seguintes, uma escala de Likert: nunca, raramente, às vezes, muitas vezes e sempre. Para “raramente” e “sempre” houve uma adesão de 16,7%, o que equivale a duas respostas para cada opção. Enquanto oito responderam às vezes, ou seja 66,7% do pré-teste. “Nunca” e “muitas vezes” não foram seleccionadas.

Tabela 7: Pré-teste/Motivação para aderir à “nova cultura empresarial”

Motivação para aderir à “nova cultura empresarial”	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
Nunca	1	8,3	8,3	8,3
Raramente	5	41,7	41,7	50,0
às vezes	4	33,3	33,3	83,3
muitas vezes	2	16,7	16,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 7: Pré-teste/Motivação para aderir à “ nova cultura empresarial”

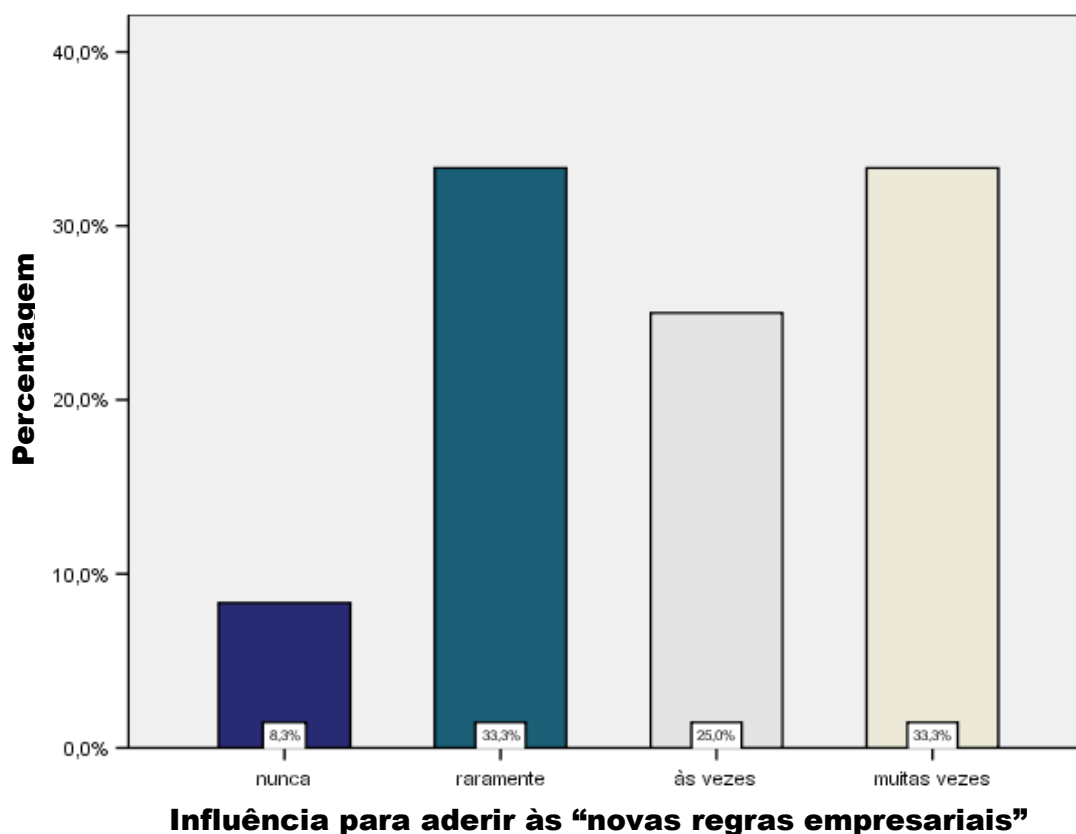


No questionário do pré-teste, a segunda questão colocada é sobre a motivação para aderir à nova cultura empresarial – “ Os Enfermeiros estão motivados para aderir a esta “nova cultura empresarial”?”. Para “nunca” houve uma adesão de 8,3%, o que equivale a uma resposta. No entanto, 41,7% disseram “raramente”. “Às vezes” foi seleccionada em 33,3%, e, por fim, “muitas vezes” constituiu a opção de 16,7% dos inquiridos. “Sempre” não foi seleccionada.

Tabela 8: Pré-teste/Influência para aderir às “novas regras empresariais”

Influência para aderir às “novas regras empresariais”		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	Nunca	1	8,3	8,3	8,3
	Raramente	4	33,3	33,3	41,7
	às vezes	3	25,0	25,0	66,7
	muitas vezes	4	33,3	33,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 8: Pré-teste/Influência para aderir às “novas regras empresariais”

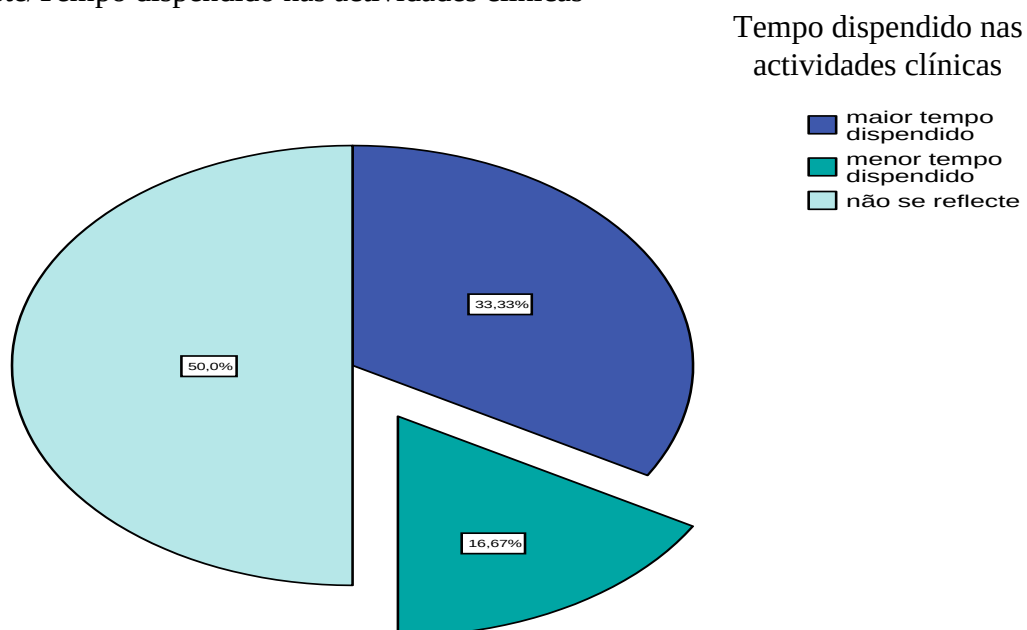


No questionário do pré-teste, a terceira questão colocada é sobre a influência dos colegas de trabalho para aderir às “novas regras empresariais” – “Na prática, existe algum tipo de influência por parte dos seus colegas de trabalho, para aderir às “novas regras empresariais”?”. Para “nunca” houve uma adesão de 8,3%, o que equivale a uma resposta. No entanto, 33,3% disseram “raramente”. “Às vezes” foi seleccionada em 25%, e, por fim, “muitas vezes” constituiu a opção de 33,3% dos inquiridos. “Sempre” não foi seleccionada.

Tabela 9: Pré-teste/Tempo dispendido nas actividades clínicas

Tempo dispendido nas actividades clínicas		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	maior tempo dispendido	4	33,3	33,3	33,3
	menor tempo dispendido	2	16,7	16,7	50,0
	não se reflecte	6	50,0	50,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 9: Pré-teste/Tempo dispendido nas actividades clínicas

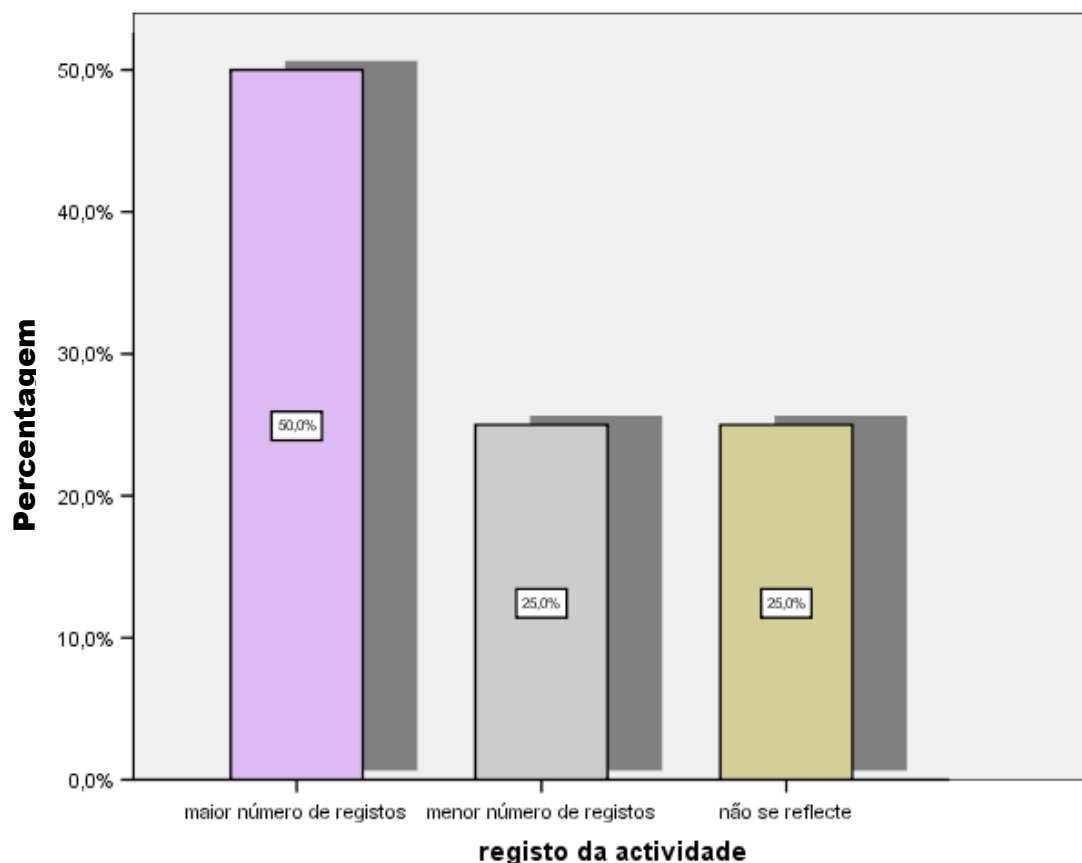


No questionário do pré-teste, a quarta questão colocada é sobre o tempo dispendido nas actividades clínicas – “Como se reflecte a adesão à empresarialização no tempo dispendido nas actividades clínicas?”. Para “maior tempo dispendido” houve uma adesão de 33,3%, o que equivale a quatro respostas. No entanto, 50% disseram “não se reflecte”. “Menor tempo dispendido” foi seleccionada em 25% dos inquiridos.

Tabela 10: Pré-teste/Registo da actividade

Registo da actividade		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	maior número de registos	6	50,0	50,0	50,0
	menor número de registos	3	25,0	25,0	75,0
	não se reflecte	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 10: Pré-teste/Registo da actividade

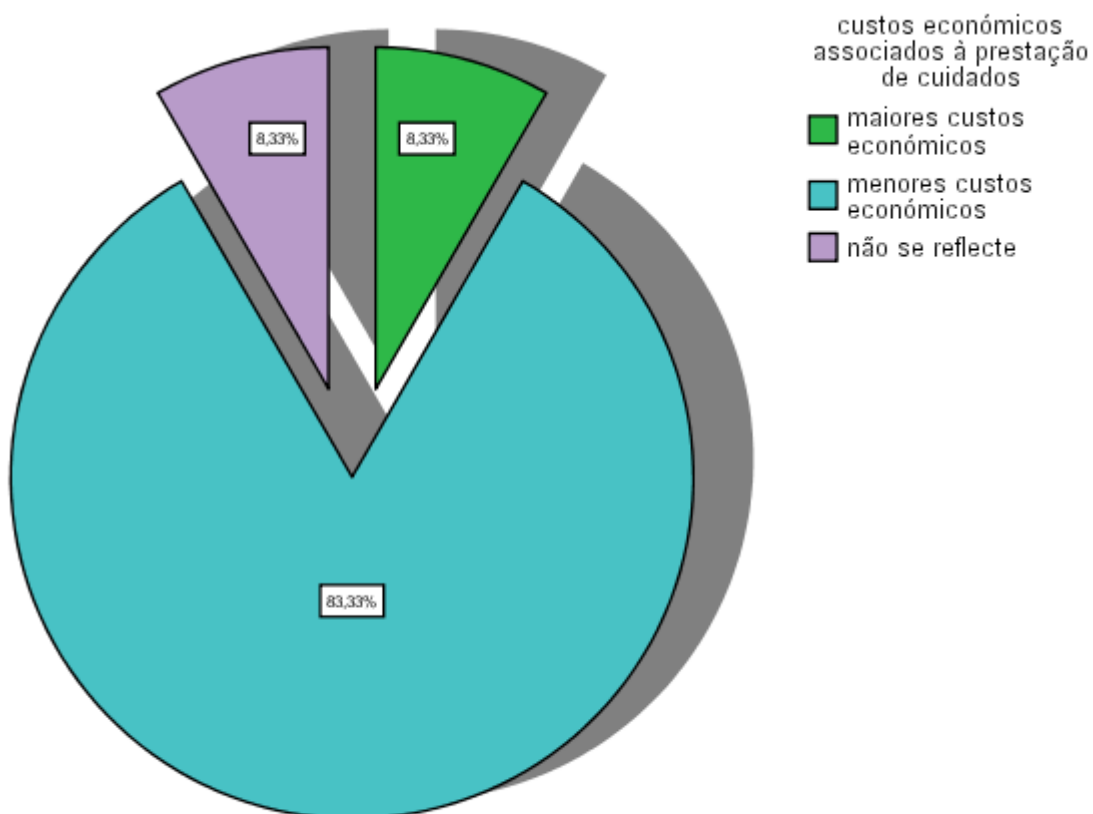


No questionário do pré-teste, a quinta questão colocada é sobre o registo da actividade – “Como se reflecte a adesão à empresarialização no registo da actividade?”. Para “maior número de registos” houve uma adesão de 50%, o que equivale a seis respostas. No entanto, 25% disseram “menor número de respostas”, e, outros 25% seleccionaram a resposta “não se reflecte”.

Tabela 11: Pré-teste/Custos económicos associados à prestação de cuidados

Custos económicos associados à prestação de cuidados		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	maiores custos económicos	1	8,3	8,3	8,3
	menores custos económicos	10	83,3	83,3	91,7
	não se reflecte	1	8,3	8,3	100,0
Total		12	100,0	100,0	

Gráfico 11: Pré-teste/Custos económicos associados à prestação de cuidados

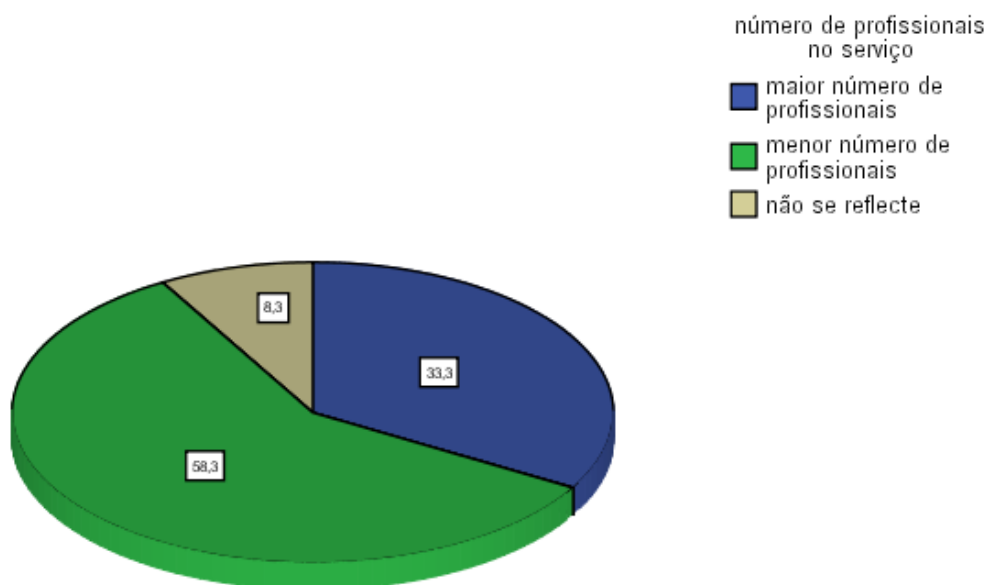


No questionário do pré-teste, a sexta questão colocada é sobre os custos económicos associados à prestação de cuidados – “Como se reflecte a empresarialização nos custos económicos associados à prestação de cuidados?”. Para “maiores custos económicos” e “não se reflecte” houve uma adesão de 8,3%, o que equivale a uma resposta. No entanto, 83,3% disseram “menores custos económicos”.

Tabela 12: Pré-teste/Número de profissionais

Número de profissionais no serviço		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	maior número de profissionais	4	33,3	33,3	33,3
	menor número de profissionais	7	58,3	58,3	91,7
	não se reflecte	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 12: Pré-teste/Número de profissionais no serviço

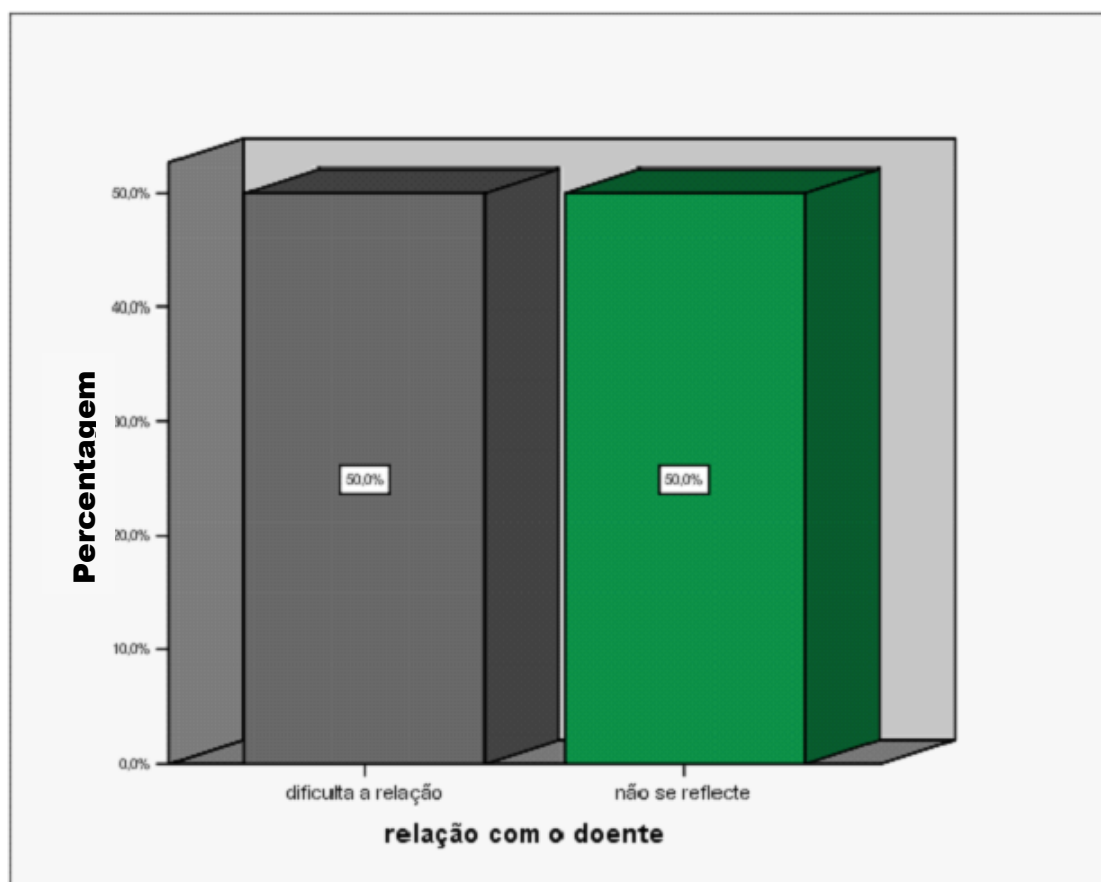


No questionário do pré-teste, a sétima questão colocada é acerca do número de profissionais no serviço – “As “novas regras empresariais” têm implicação no número de profissionais no serviço?”. Para “maior número de profissionais” houve uma adesão de 33,3%, o que equivale a quatro respostas. No entanto, 58,3% disseram “menor número de profissionais”. Apenas 8,3% referem que “não se reflecte”.

Tabela 13: Pré-teste/Relação com o doente

Relação com o doente		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	dificulta a relação	6	50,0	50,0	50,0
	não se reflecte	6	50,0	50,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 13: Pré-teste/Relação com o doente

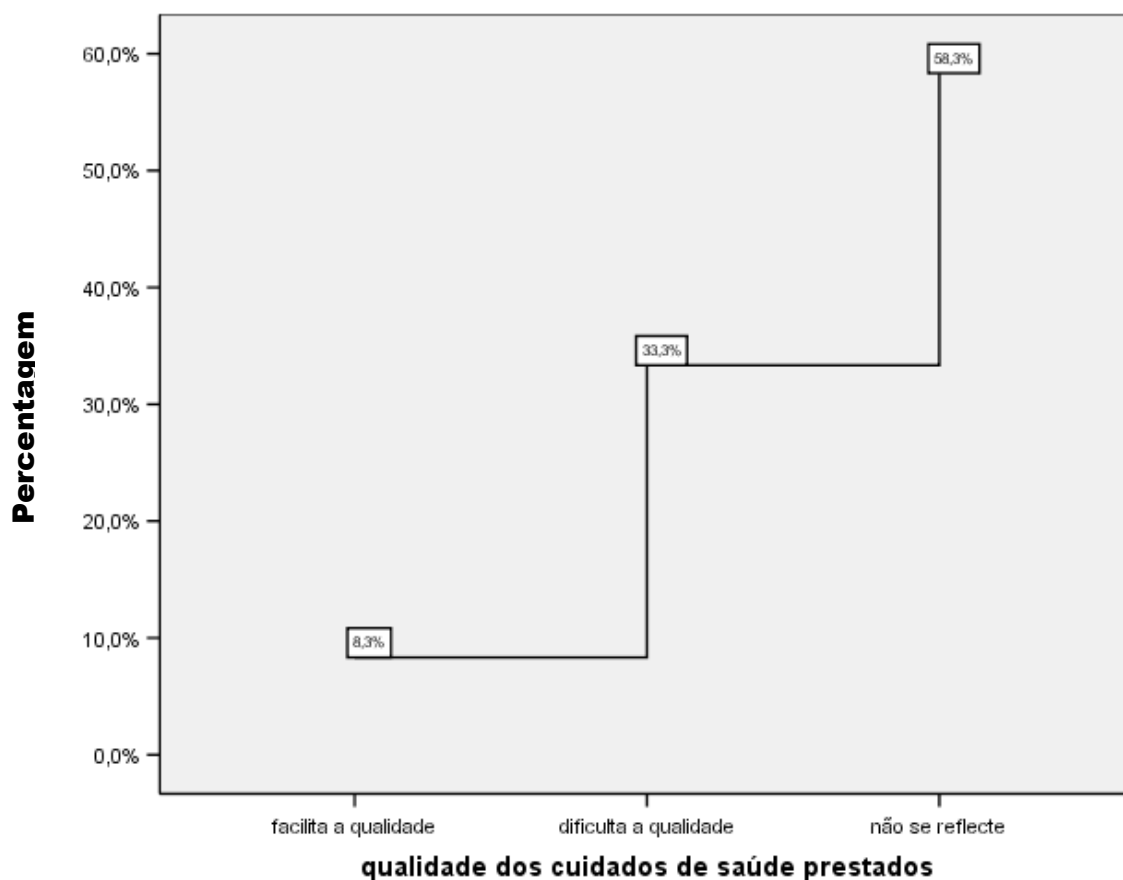


No questionário do pré-teste, a oitava questão colocada é acerca da relação com o doente – “Como se reflecte a gestão empresarial na relação com o doente?”. Para “dificulta a relação” e “não se reflecte” houve uma adesão de 50% (6 pessoas) para cada. No entanto, é de referir que ninguém seleccionou a opção “facilita a relação”.

Tabela 14: Pré-teste/ Qualidade dos cuidados de saúde prestados

Qualidade dos cuidados de saúde prestados		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	facilita a qualidade	1	8,3	8,3	8,3
	dificulta a qualidade	4	33,3	33,3	41,7
	não se reflecte	7	58,3	58,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 14: Pré-teste/ Qualidade dos cuidados de saúde prestados

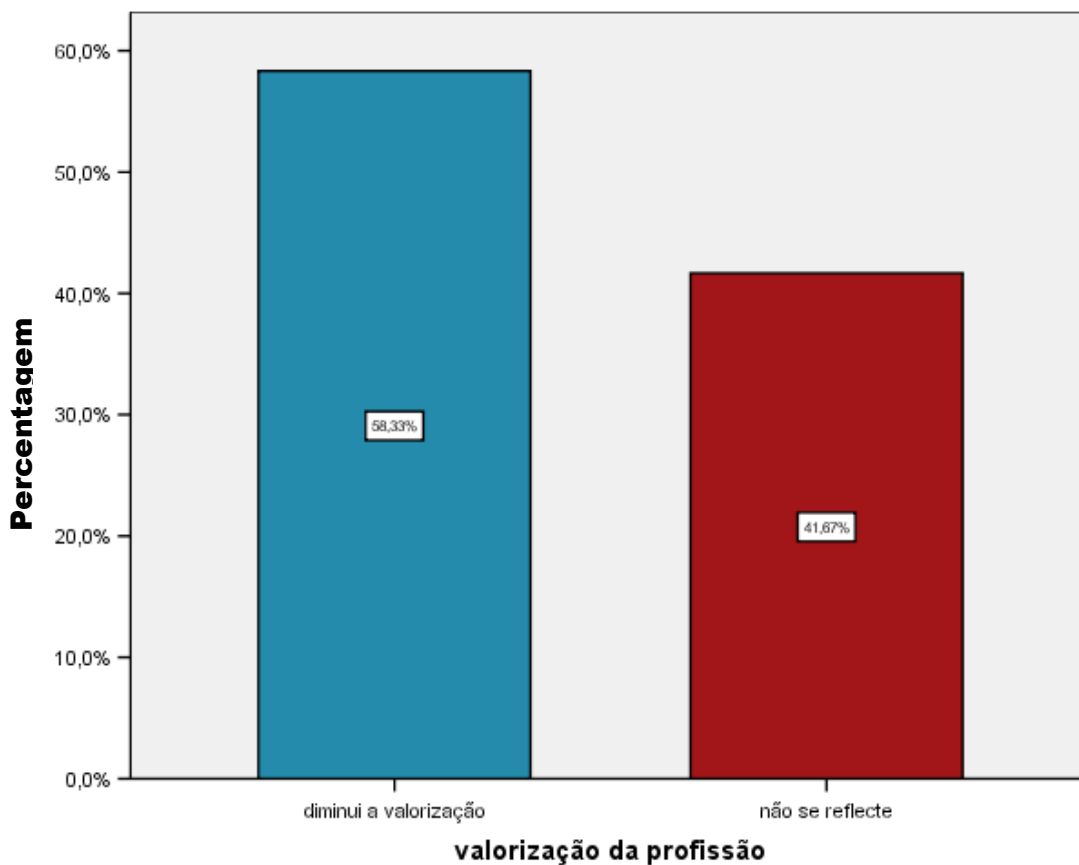


No questionário do pré-teste, a nona questão colocada é acerca da qualidade dos cuidados de saúde prestados – “Como se reflecte a gestão empresarial das unidades prestadoras de cuidados de saúde na qualidade dos cuidados de saúde prestados?”. Para “dificulta a qualidade” houve uma adesão de 33,3% (4 pessoas). No entanto, é de referir que “não se reflecte” foi seleccionado por 58,3%. Finalmente a opção “facilita a qualidade” foi escolhida 8,3%.

Tabela 15: Pré-teste/ Valorização da profissão

Valorização da profissão		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	diminui a valorização	7	58,3	58,3	58,3
	não se reflecte	5	41,7	41,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 15: Pré-teste/ Valorização da profissão



No questionário do pré-teste, a última questão colocada é acerca da valorização da profissão – “Como se reflecte a adesão à empresarialização na valorização da profissão?”. Para “diminui a valorização” houve uma adesão de 58,3% (7 pessoas). No entanto, é de referir que “não se reflecte” foi seleccionado por 41,67%. Finalmente a opção “aumenta a valorização” não foi seleccionada.

5.2. Resultados da Amostra

Neste subtítulo, distinguem-se os resultados da amostra entre as suas características e o questionário com as perguntas directamente relacionadas com o tema. É de notar que a amostra é constituída por 788 questionários colhidos pelo norte, centro e sul do país.

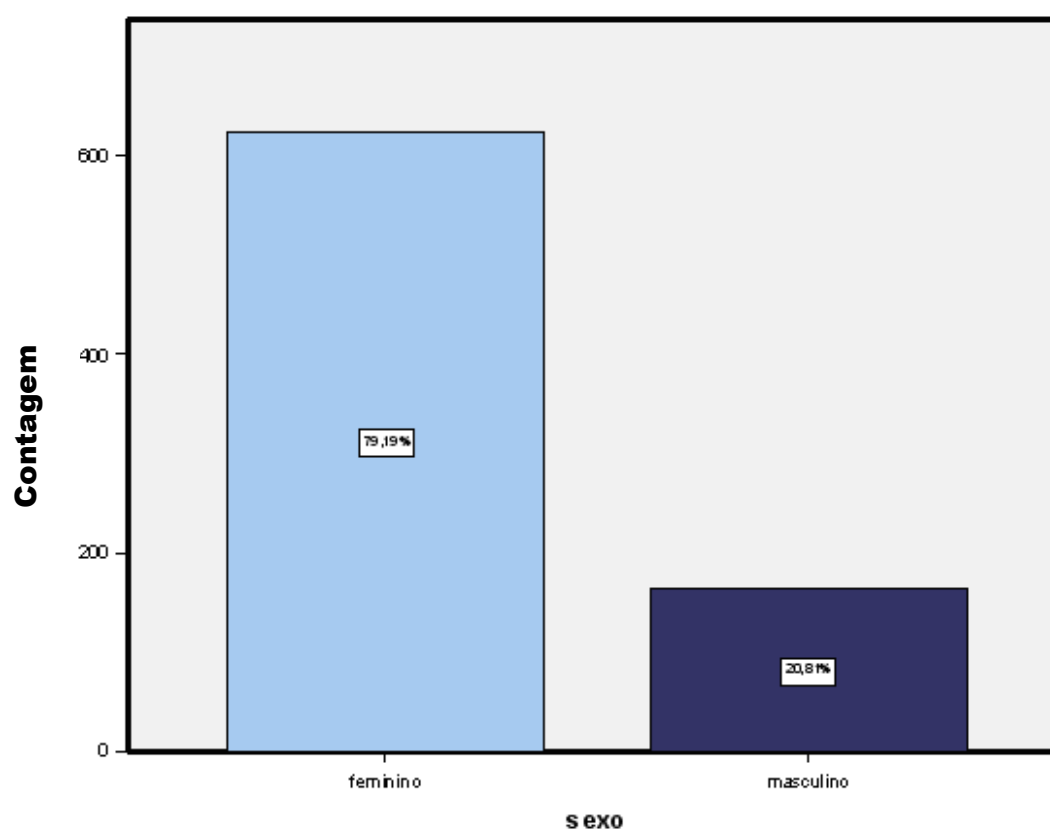
5.2.1. Resultados das características da amostra

Para a caracterização da amostra, elaboraram-se cinco questões.

Tabela 16: Amostra/Sexo

Sexo		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	Feminino	624	79,2	79,2	79,2
	Masculino	164	20,8	20,8	100,0
	Total	788	100,0	100,0	

Gráfico16: Amostra/Sexo

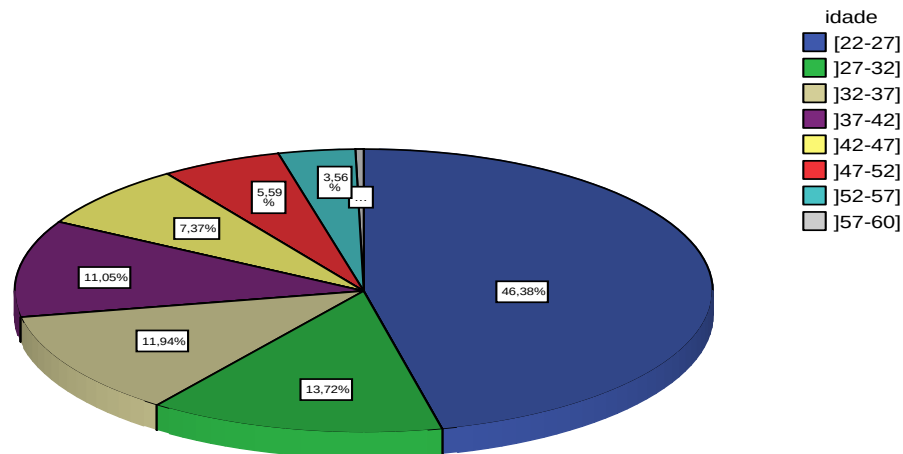


Na caracterização da amostra, a primeira questão colocada distingue o sexo feminino e masculino. Obtiveram-se os seguintes resultados: 79,2% pertence ao sexo feminino e 20,8% ao masculino.

Tabela 17: Amostra/Idade

Idade (em anos)	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas [22-27]	365	46,3	46,4	46,4
[27-32]	108	13,7	13,7	60,1
[32-37]	94	11,9	11,9	72,0
[37-42]	87	11,0	11,1	83,1
[42-47]	58	7,4	7,4	90,5
[47-52]	44	5,6	5,6	96,1
[52-57]	28	3,6	3,6	99,6
[57-60]	3	,4	,4	100,0
Total	787	99,9	100,0	
Não respondidas	1	,1		
Total	788	100,0		

Gráfico 17: Amostra/Idade



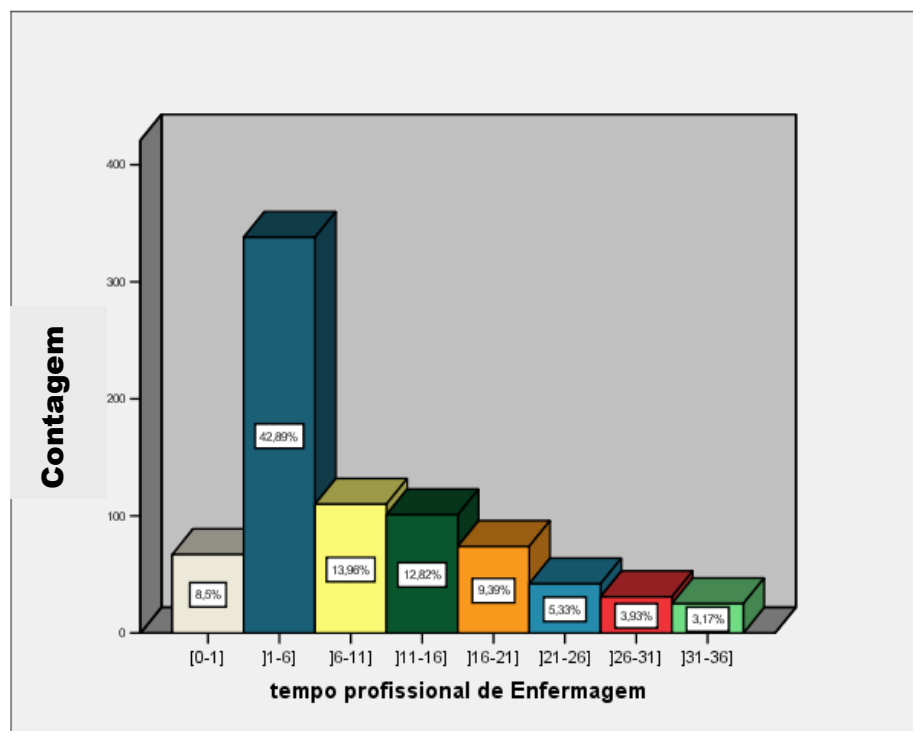
Na caracterização da amostra, a segunda questão colocada é acerca da idade. 46,3% da amostra tem entre 22 e 27 anos; 13,7% tem idade compreendida entre 27-32 anos; entre 32-37 anos corresponde a 11,9%; 11% tem entre 37-42 anos; 7,4% tem entre 42-47; 47-52 anos correspondem a 5,6% da amostra; 52-57 anos equivalem a 3,6% da amostra; e, por fim 57-60 anos corresponde a 0,4%. Há um *missing*, que equivale a 0,1%.

A média de idades foi de 32 anos.

Tabela 18: Amostra/Tempo profissional de Enfermagem

Tempo profissional de Enfermagem (em anos e/ou meses)	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas [0-1]	67	8,5	8,5	8,5
[1-6]	338	42,9	42,9	51,4
[6-11]	110	14,0	14,0	65,4
[11-16]	101	12,8	12,8	78,2
[16-21]	74	9,4	9,4	87,6
[21-26]	42	5,3	5,3	92,9
[26-31]	31	3,9	3,9	96,8
[31-36]	25	3,2	3,2	100,0
Total	788	100,0	100,0	

Gráfico18: Amostra/Tempo profissional de Enfermagem

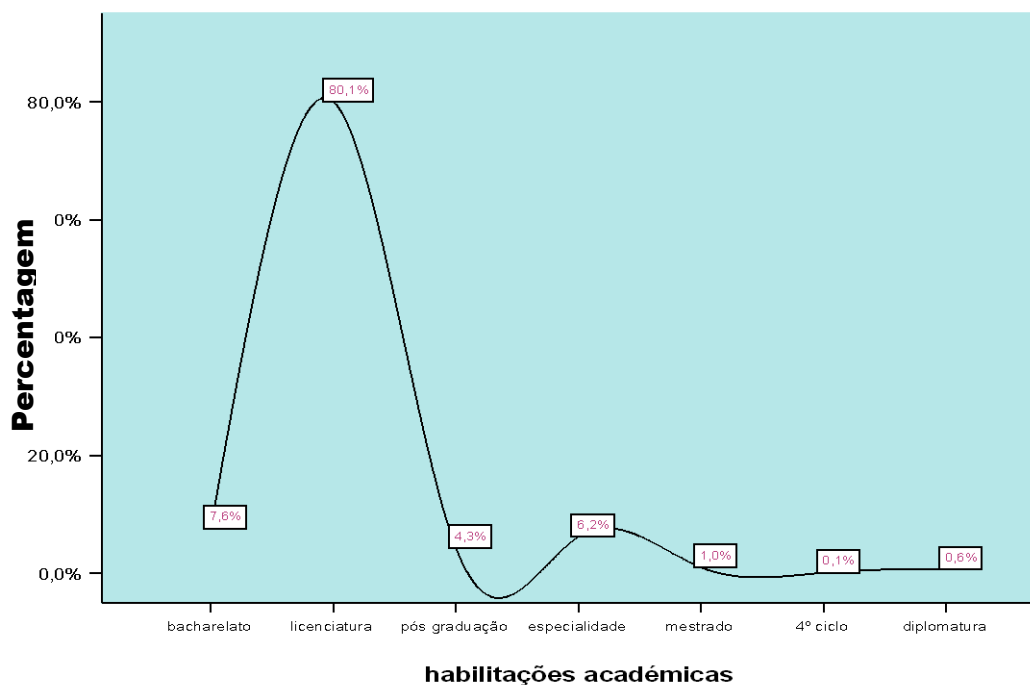


Na caracterização da amostra, a terceira questão colocada é acerca do tempo profissional de Enfermagem. Cerca de 8,5% da amostra tem até 1 ano; 42,9% tem idade compreendida entre 1-6 anos; entre 6-11 anos corresponde a 14%; 12,8% tem entre 11-16 anos; 9,4% tem entre 16-21; 21-26 anos correspondem a 5,3% da amostra; 26-31 anos equivalem a 3,9% da amostra; e, por fim entre 31-36 anos correspondem a 3,2%.

Tabela 19: Amostra/Habilitações académicas

Habilitações académicas	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
bacharelato	60	7,6	7,6	7,6
licenciatura	631	80,1	80,1	87,7
pós graduação	34	4,3	4,3	92,0
especialidade	49	6,2	6,2	98,2
mestrado	8	1,0	1,0	99,2
4º ciclo	1	,1	,1	99,4
diplomatura	5	,6	,6	100,0
Total	788	100,0	100,0	

Gráfico 19: Amostra/Habilitações académicas

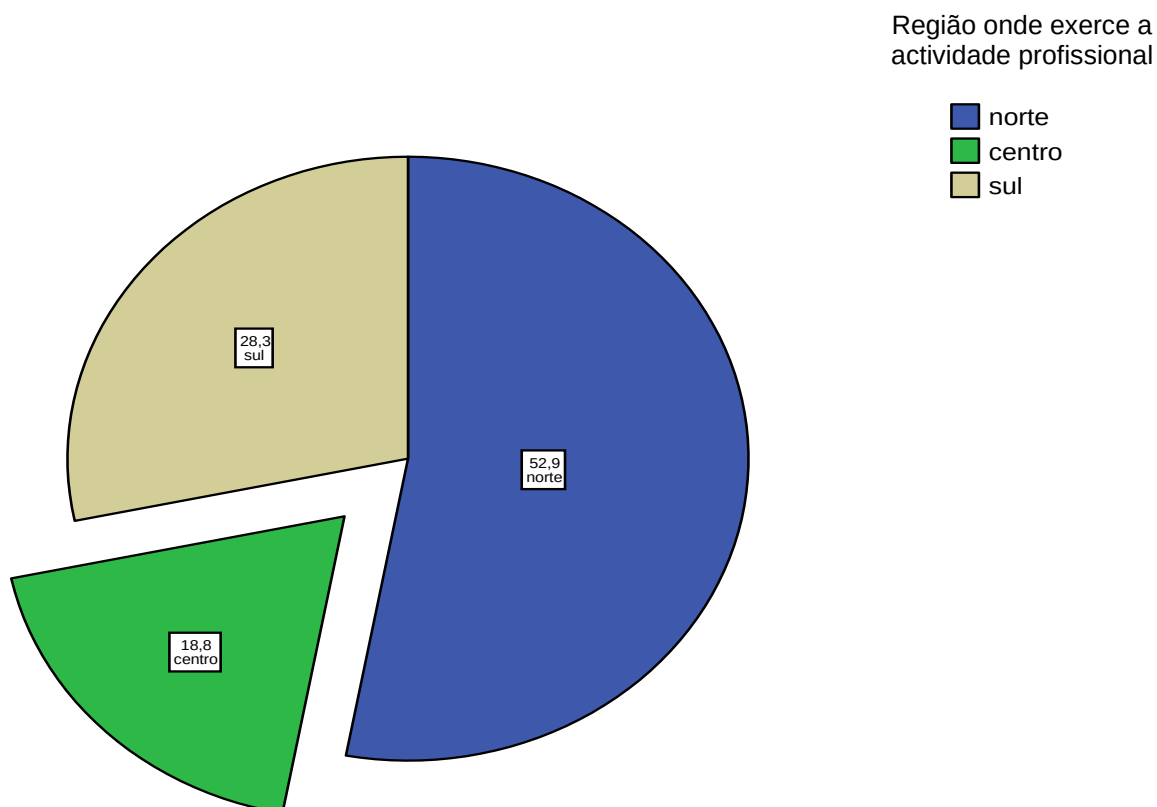


Na caracterização da amostra, a quarta questão colocada é acerca das habilitações académicas. Cerca de 7,6% da amostra tem bacharelato; 80,1% tem licenciatura; a pós-graduação corresponde a 4,3%; 6,2% tem especialidade. Na opção “outros” desta questão obteve duas respostas distintas: o 4º ciclo com 0,1%, e, a *diplomatura* corresponde a 0,6% da amostra.

Tabela 20: Amostra/Região onde exerce a actividade profissional

Região onde exerce a actividade profissional		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	Norte	417	52,9	52,9	52,9
	Centro	148	18,8	18,8	71,7
	Sul	223	28,3	28,3	100,0
	Total	788	100,0	100,0	

Gráfico 20: Amostra/Região onde exerce a actividade profissional



Na caracterização da amostra, a última questão colocada é acerca da região onde exerce a actividade profissional. Cerca de 52,9% da amostra exerce a actividade no Norte; 18,8% no Centro; e, o Sul corresponde a 28,3%.

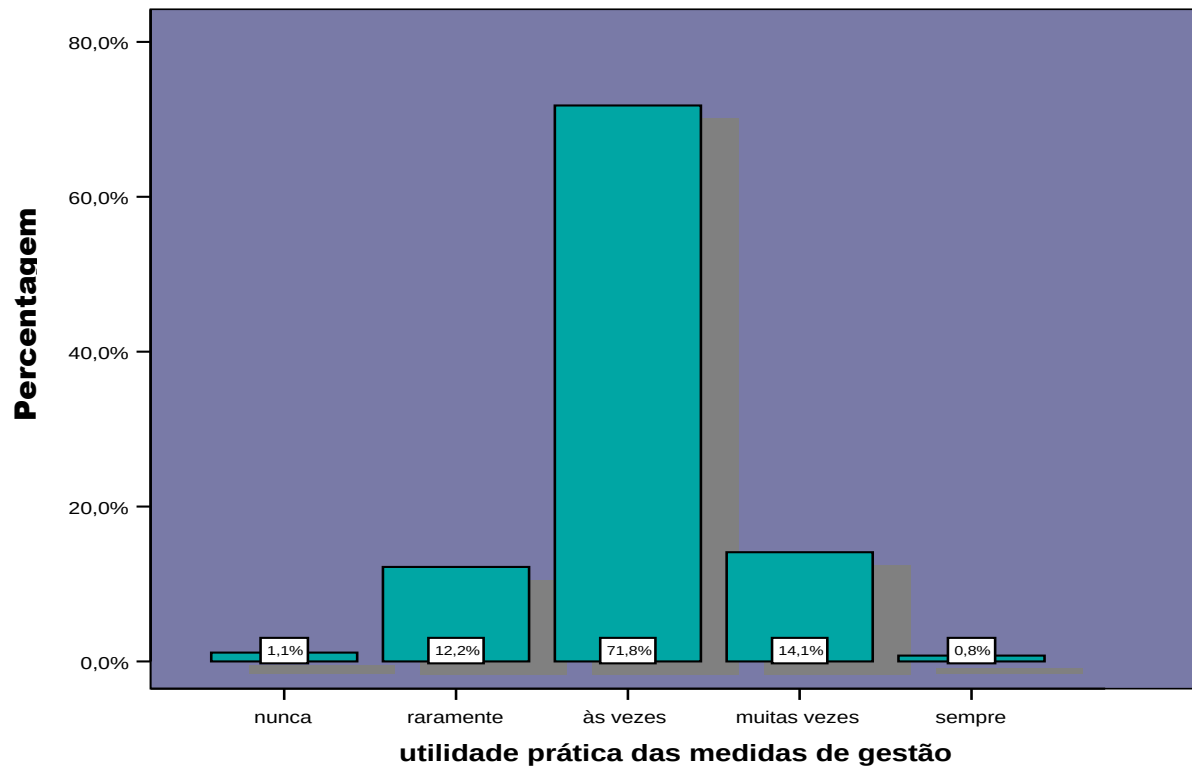
5.2.2. Resultados do questionário da amostra

Nesta parte do trabalho apresentam-se os dados obtidos nas questões directamente relacionadas com o tema do trabalho.

Tabela 21: Amostra/Utilidade prática das medidas de gestão

Utilidade prática das medidas de gestão	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
nunca	9	1,1	1,1	1,1
raramente	96	12,2	12,2	13,3
às vezes	565	71,7	71,8	85,1
muitas vezes	111	14,1	14,1	99,2
sempre	6	,8	,8	100,0
Total	787	99,9	100,0	
Não respondidas	1	,1		
Total	788	100,0		

Gráfico 21: Amostra/Utilidade prática das medidas de gestão

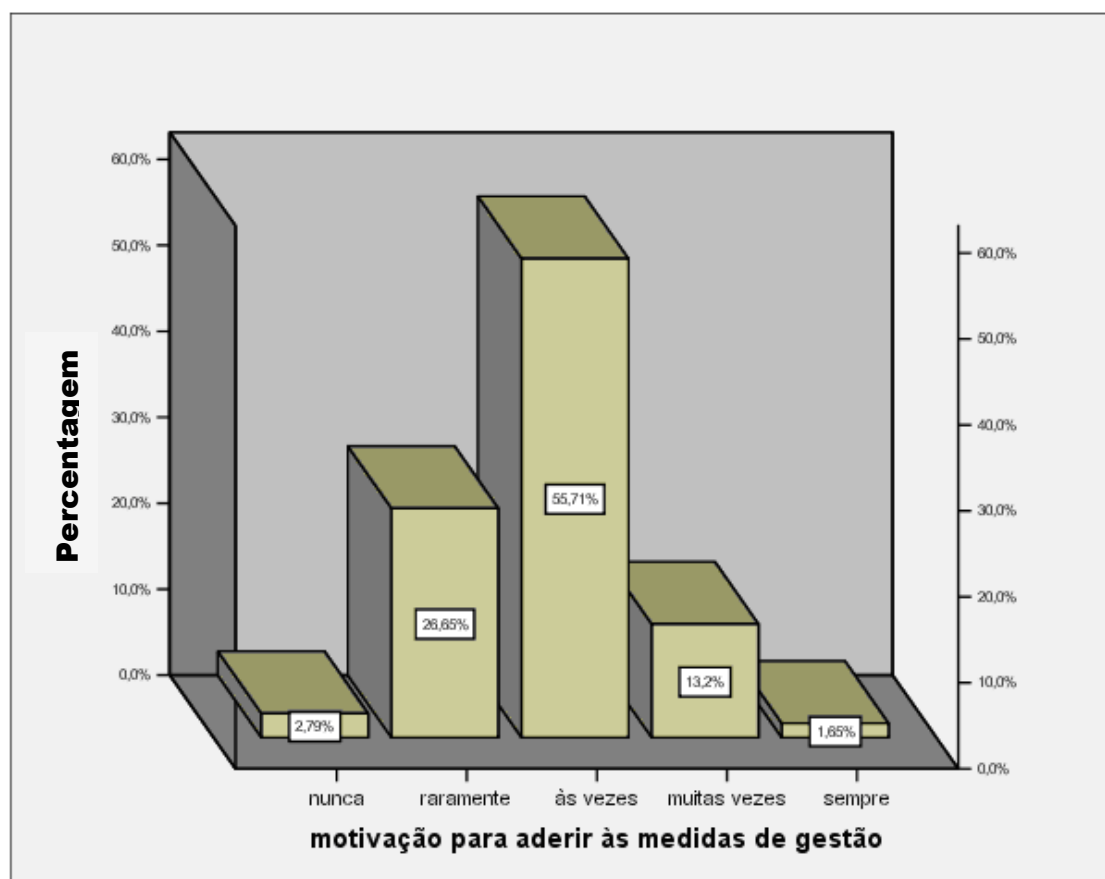


Na segunda parte do questionário, a primeira questão colocada é acerca da utilidade prática das medidas de gestão – “As várias medidas de gestão, tomadas nos Hospitais EPE, têm utilidade prática?”. A este propósito verifica-se que 1,1% da amostra respondeu “nunca”; 12,2% refere “raramente”; “às vezes” é a opção de 71,8%; “muitas vezes” constitui a escolha de 14,1%, e, por fim “sempre” corresponde a 0,8%. Há um *missing*, que corresponde a 0,1%.

Tabela 22: Amostra/Motivação para aderir às medidas de gestão

Motivação para aderir às medidas de gestão	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
nunca	22	2,8	2,8	2,8
raramente	210	26,6	26,6	29,4
às vezes	439	55,7	55,7	85,2
muitas vezes	104	13,2	13,2	98,4
sempre	13	1,6	1,6	100,0
Total	788	100,0	100,0	

Gráfico 22: Amostra/Motivação para aderir às medidas de gestão

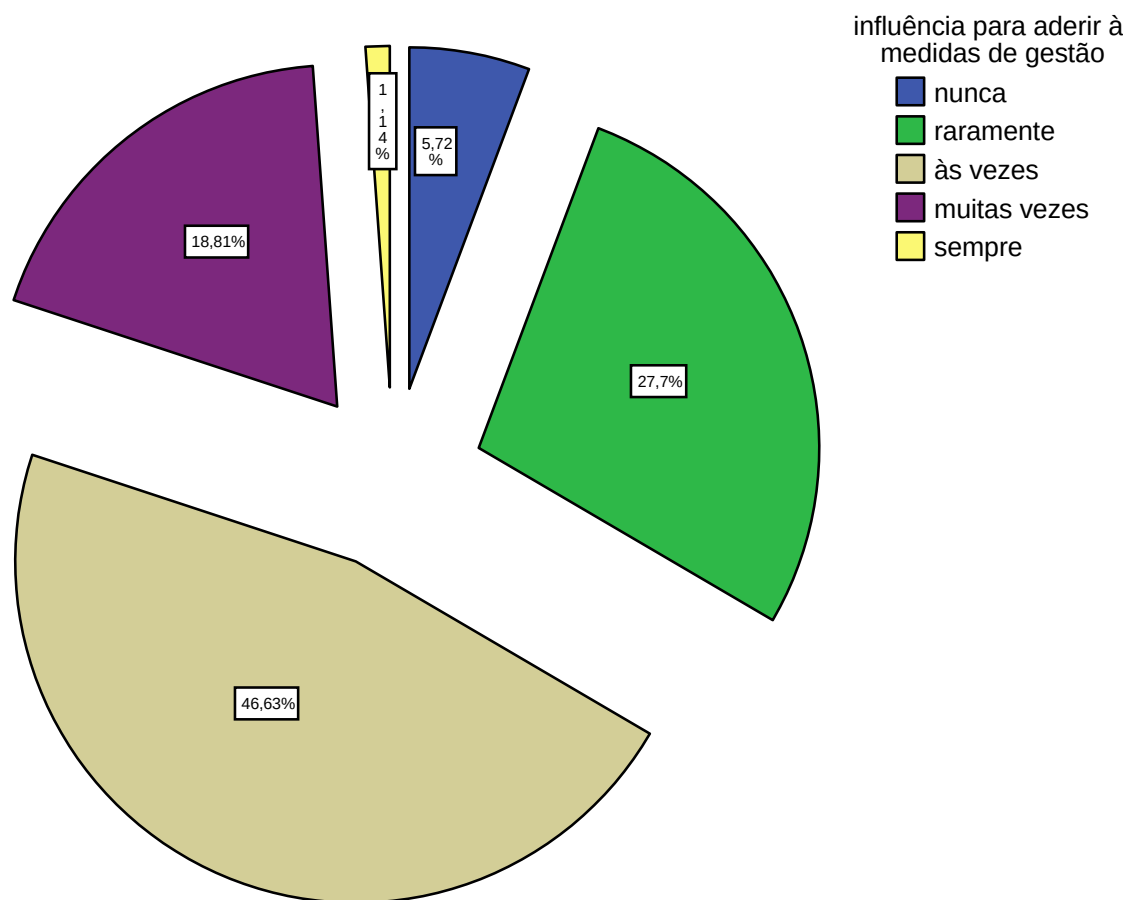


Na segunda parte do questionário, a segunda questão colocada é acerca da motivação para aderir às medidas de gestão – “Os Enfermeiros estão motivados para aderirem às várias medidas de gestão?”. Cerca de 2,8% da amostra respondeu “nunca”; 26,6% refere “raramente”; “às vezes” é a opção de 55,7%; “muitas vezes” constitui a escolha de 13,2%, e, por fim “sempre” corresponde a 1,6%.

Tabela 23: Amostra/Influência para aderir às medidas de gestão

Influência para aderir às medidas de gestão	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
nunca	45	5,7	5,7	5,7
raramente	218	27,7	27,7	33,4
às vezes	367	46,6	46,6	80,1
muitas vezes	148	18,8	18,8	98,9
sempre	9	1,1	1,1	100,0
Total	787	99,9	100,0	
Não respondidas	1	,1		
Total	788	100,0		

Gráfico 23: Amostra/Influência para aderir às medidas de gestão

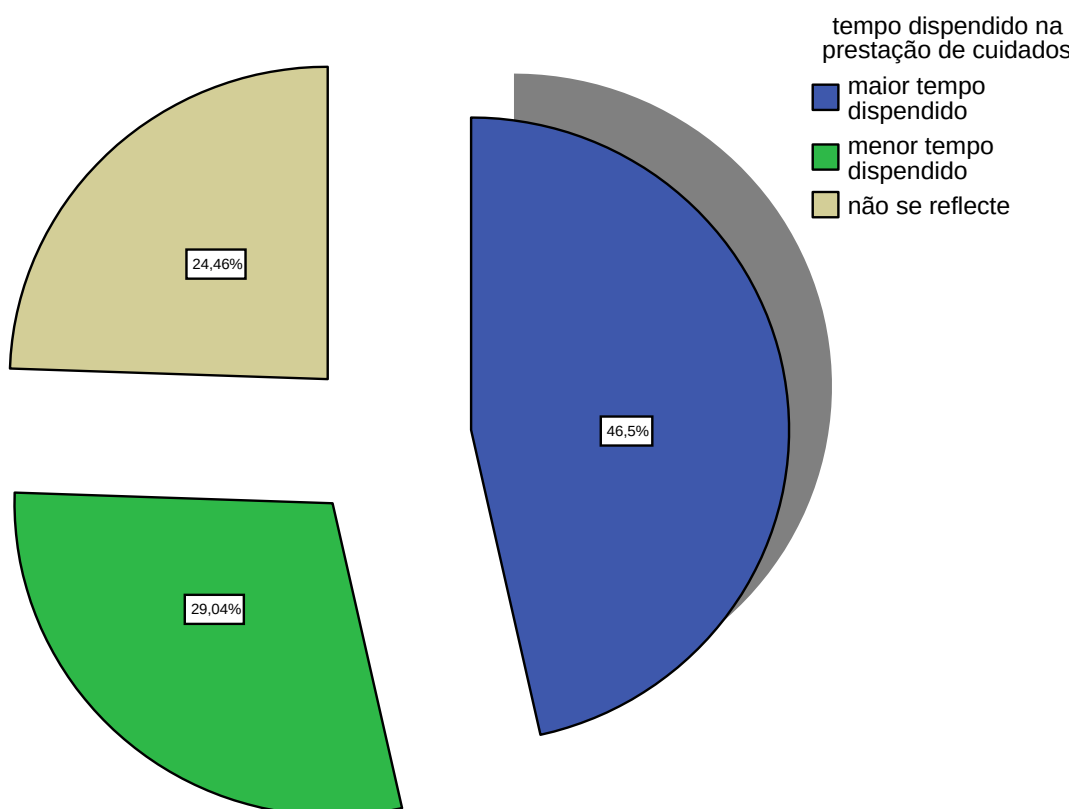


Na segunda parte do questionário, a terceira questão colocada é acerca da influência para aderir às medidas de gestão – “Na prática, existe algum tipo de influência por parte de outros Enfermeiros, para aderir às várias medidas de gestão?”. Cerca de 5,7% da amostra respondeu “nunca”; 27,7% refere “raramente”; “às vezes” é a opção de 46,6%; “muitas vezes” constitui a escolha de 18,8%, e, por fim “sempre” corresponde a 1,1%. Há um *missing*, que equivale a 0,1%.

Tabela 24: Amostra/Tempo dispendido na prestação de cuidados

Tempo dispendido na prestação de cuidados		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	maior tempo dispendido	365	46,3	46,5	46,5
	menor tempo dispendido	228	28,9	29,0	75,5
	não se reflecte	192	24,4	24,5	100,0
	Total	785	99,6	100,0	
Não respondidas		3	,4		
Total		788	100,0		

Gráfico 24: Amostra/Tempo dispendido na prestação de cuidados

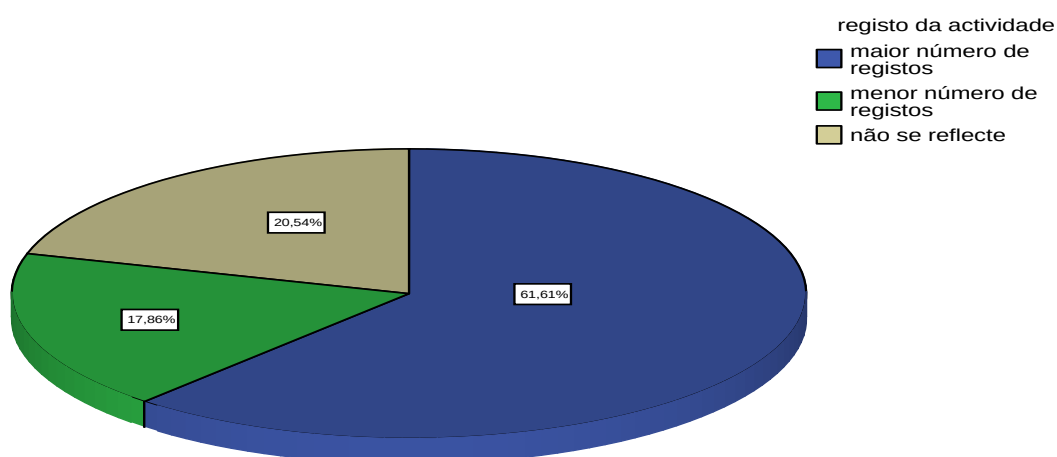


Na segunda parte do questionário, a quarta questão colocada é acerca do tempo dispendido na prestação de cuidados – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no tempo dispendido na prestação de cuidados?”. Cerca de 46,3% da amostra respondeu “maior tempo dispendido”; 28,9% refere “menor tempo dispendido”; “não se reflecte” é a opção de 24,4%. Há três *missings*, que equivale a 0,4%.

Tabela 25: Amostra/Registo da actividade

Registo da actividade		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	maior número de registos	483	61,3	61,6	61,6
	menor número de registos	140	17,8	17,9	79,5
	não se reflecte	161	20,4	20,5	100,0
	Total	784	99,5	100,0	
Não respondidas		4	,5		
Total		788	100,0		

Gráfico 25: Amostra/Registo da actividade

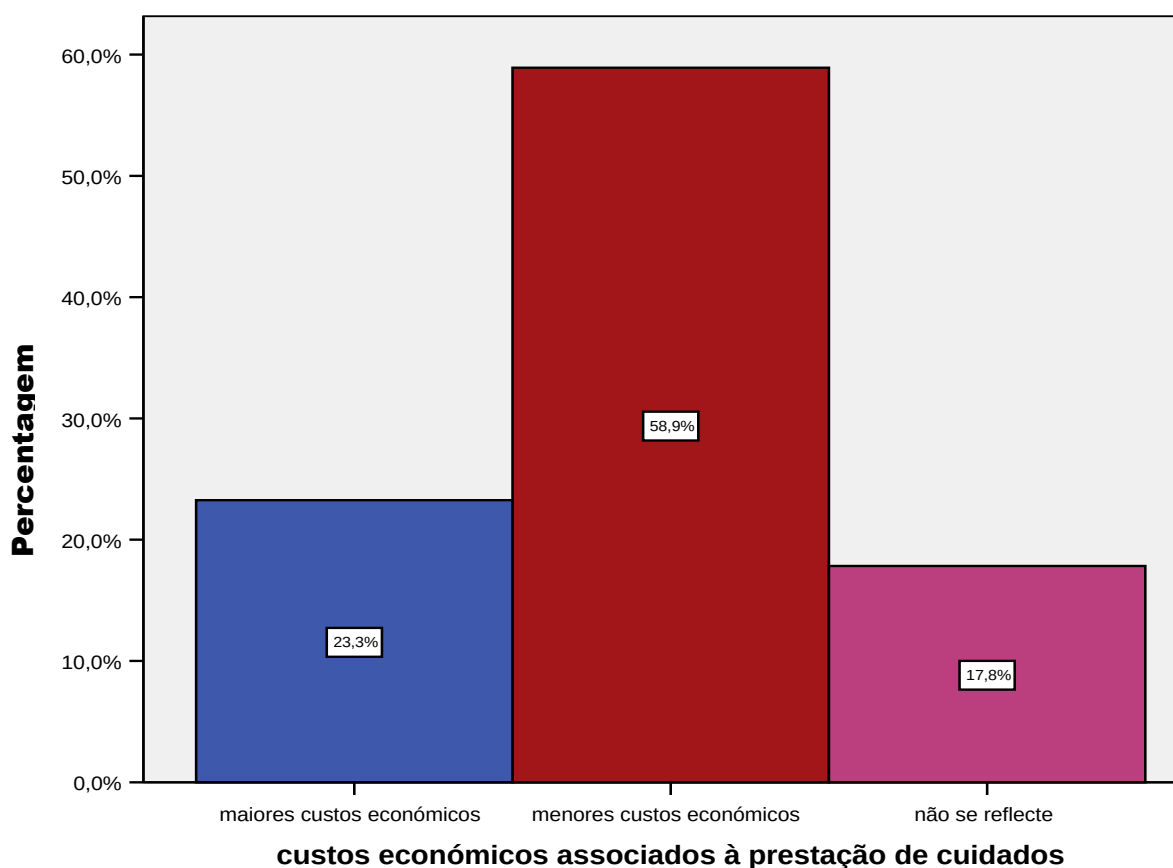


Na segunda parte do questionário, a quinta questão colocada é acerca do registo da actividade – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no registo da actividade?”. Cerca de 61,3% da amostra respondeu “maior número de registos”; 17,8% refere “menor número de registos”; “não se reflecte” é a opção de 20,4%. Há quatro *missings*, que equivale a 0,5%.

Tabela 26: Amostra/Custos económicos associados à prestação de cuidados

Custos económicos associados à prestação de cuidados	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas maiores custos económicos	180	22,8	23,3	23,3
menores custos económicos	456	57,9	58,9	82,2
não se reflecte	138	17,5	17,8	100,0
Total	774	98,2	100,0	
Não respondidas	14	1,8		
Total	788	100,0		

Gráfico 26: Amostra/Custos económicos associados à prestação de cuidados

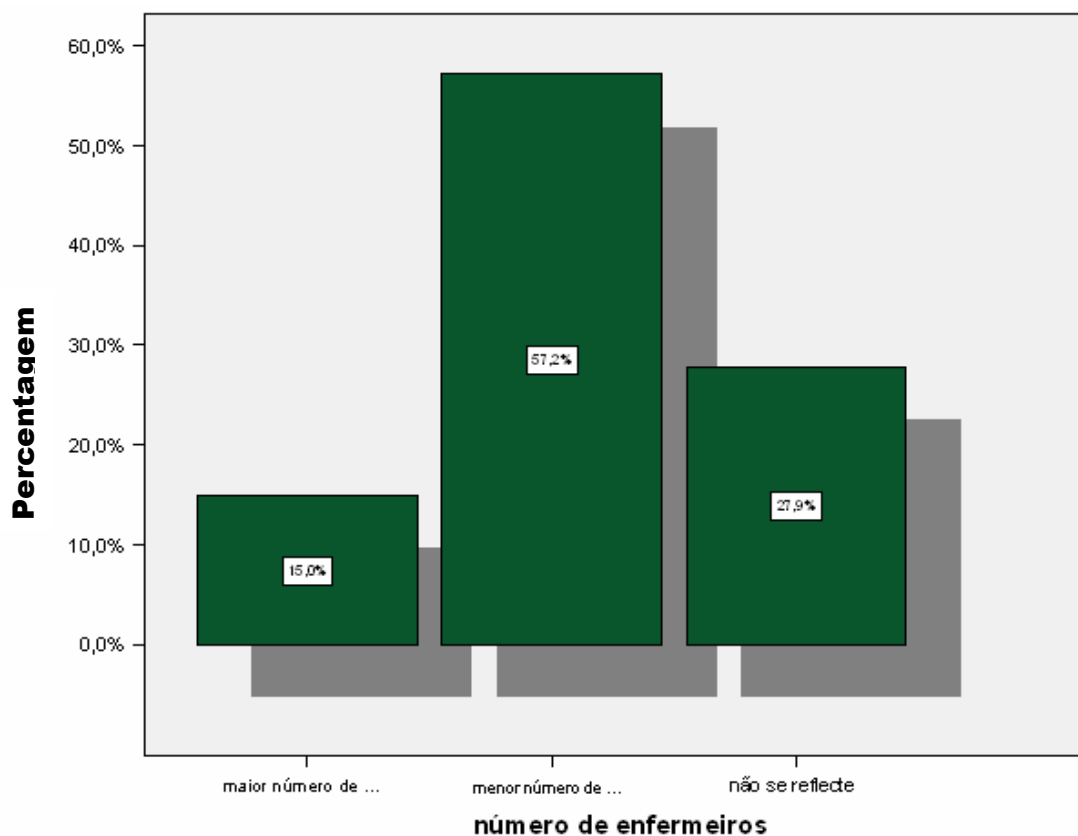


Na segunda parte do questionário, a sexta questão colocada é acerca dos custos económicos associados à prestação de cuidados – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, nos custos económicos associados à prestação de cuidados?”. Neste contexto, 23,3% da amostra respondeu “maiores custos económicos”; 58,9% refere “menores custos económicos”; “não se reflecte” é a opção de 17,8%. Há catorze *missings*, que equivale a 1,8%.

Tabela 27: Amostra/Número de Enfermeiros

Número de Enfermeiros		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	maior número de enfermeiros	117	14,8	15,0	15,0
	menor número de enfermeiros	447	56,7	57,2	72,1
	não se reflecte	218	27,7	27,9	100,0
	Total	782	99,2	100,0	
Não respondidas		6	,8		
Total		788	100,0		

Gráfico 27: Amostra/Número de Enfermeiros

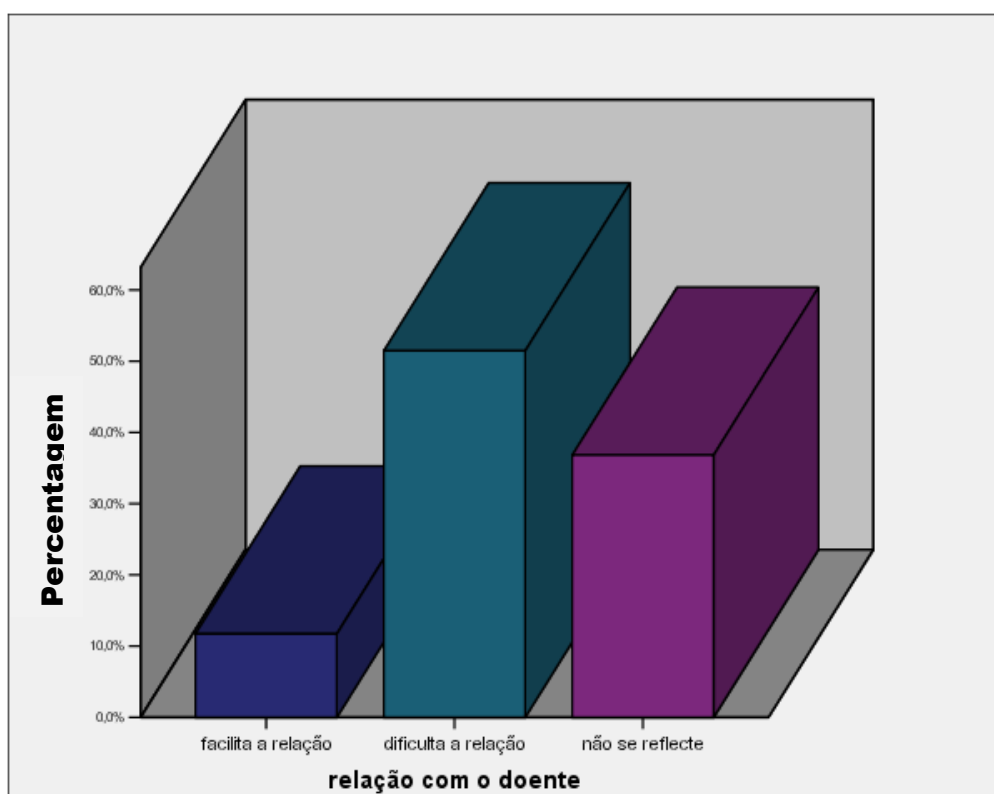


Na segunda parte do questionário, a sétima questão colocada é acerca do número de Enfermeiros – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no número de Enfermeiros no serviço?”. Assim, 14,8% da amostra respondeu “maior número de Enfermeiros”; 56,7% refere “menor número de Enfermeiros”; “não se reflecte” é a opção de 27,7%. Há seis *missings*, que equivale a 0,8%.

Tabela 28: Amostra/Relação com o doente

Relação com o doente		Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas	facilita a relação	92	11,7	11,7	11,7
	dificulta a relação	404	51,3	51,5	63,2
	não se reflecte	289	36,7	36,8	100,0
	Total	785	99,6	100,0	
Não respondidas		3	,4		
Total		788	100,0		

Gráfico 28: Amostra/Relação com o doente

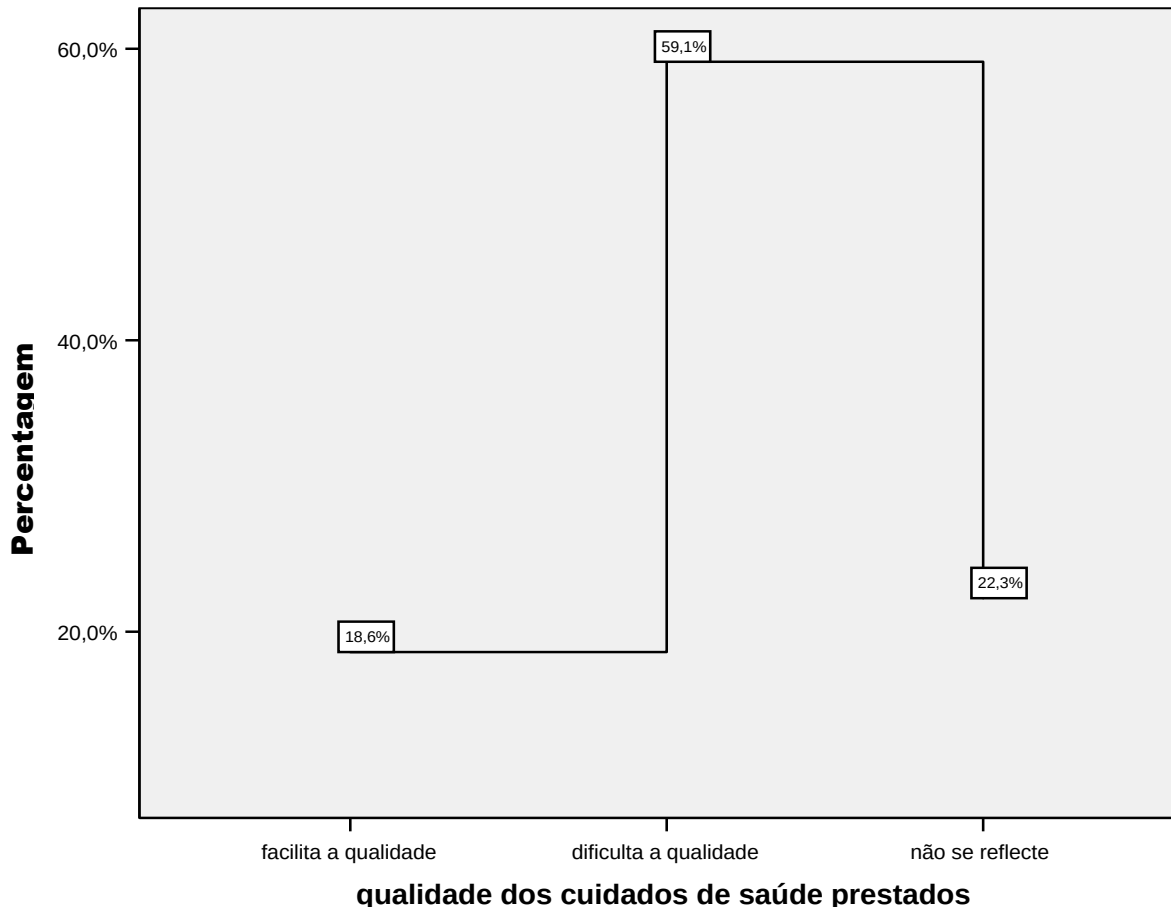


Na segunda parte do questionário, a oitava questão colocada é acerca da relação com o doente – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na qualidade dos cuidados de saúde prestados?”. Verifica-se que 11,7% da amostra respondeu “facilita a relação”; 51,3% refere que “dificulta a relação”; “não se reflecte” é a opção de 36,7%. Há três *missings*, que equivale a 0,4%.

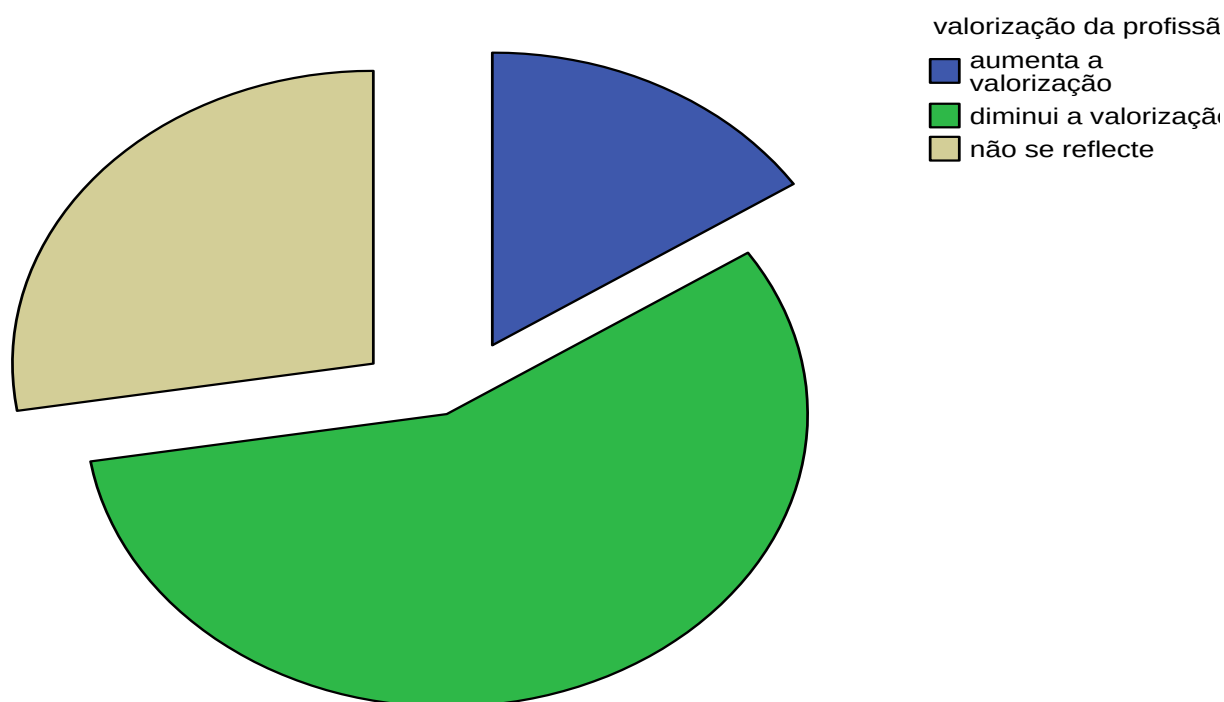
Tabela 29: Amostra/Qualidade dos cuidados de saúde prestados

Qualidade dos cuidados de saúde prestados	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
facilita a qualidade	146	18,5	18,6	18,6
dificulta a qualidade	464	58,9	59,1	77,7
não se reflecte	175	22,2	22,3	100,0
Total	785	99,6	100,0	
Não respondidas	3	,4		
Total	788	100,0		

Gráfico 29: Amostra/Qualidade dos cuidados de saúde prestados



Na segunda parte do questionário, a nona questão colocada é acerca da qualidade



dos cuidados de saúde prestados – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na valorização da profissão?”.

Assim, 18,5% da amostra respondeu “facilita a qualidade”; 58,9% refere que “dificulta a qualidade”; “não se reflecte” é a opção de 22,2%. Há três *missings*, que equivale a 0,4%.

Tabela 30: Amostra/Valorização da profissão

Valorização da profissão	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
aumenta a valorização	123	15,6	15,7	15,7
diminui a valorização	444	56,3	56,7	72,4
não se reflecte	216	27,4	27,6	100,0
Total	783	99,4	100,0	
Não respondidas	5	,6		
Total	788	100,0		

Gráfico 30: Amostra/Valorização da profissão

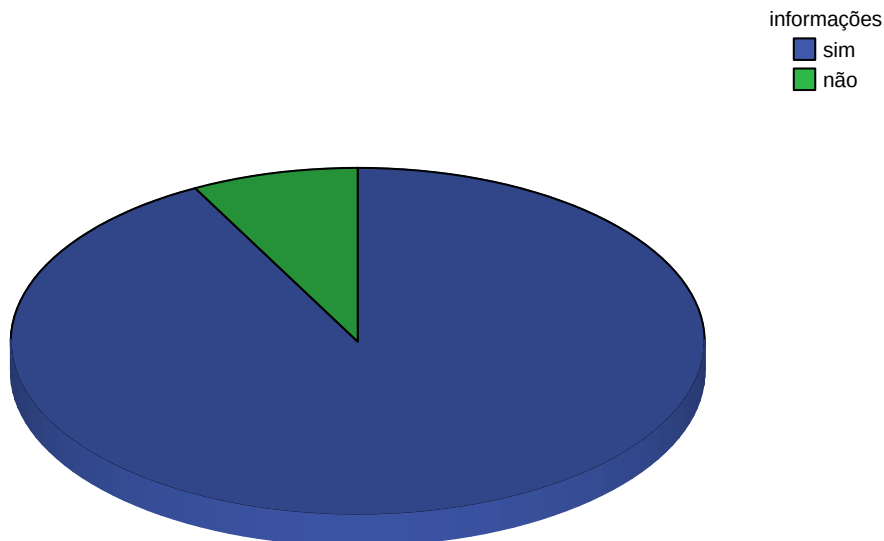
Na segunda parte do questionário, a décima questão colocada é acerca da valorização da profissão – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na valorização da profissão?”.

Verifica-se que 15,6% da amostra respondeu “aumenta a valorização”; 56,3% refere que “diminui a valorização”; “não se reflecte” é a opção de 27,4%. Há cinco *missings*, que equivale a 0,6%.

Tabela 31: Amostra/Informações

Informações	Frequência (n)	Percentagem Frequência Relativa (%)	Percentagem Frequência Relativa Válida (%)	Percentagem Cumulativa
Válidas				
sim	725	92,0	92,2	92,2
não	61	7,7	7,8	100,0
Total	786	99,7	100,0	
Não respondidas	2	,3		
Total	788	100,0		

Gráfico 31: Amostra/Informações



Na segunda parte do questionário, a última questão colocada é acerca da vontade de obter mais informações – “Gostaria de obter mais informações sobre as várias medidas de gestão, introduzidas nos Hospitais EPE?”.

Neste contexto, 92,0% da amostra respondeu “sim” e 7,7% refere que “não”. Há dois *missings*, que equivale a 0,3%.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor testar as questões, procedemos à sua análise em cada um dos aspectos considerados e vamos reflectir sobre os resultados encontrados.

Foi obtida uma amostra de 788 Enfermeiros a exercer funções em hospitais, numa população de 34314 Enfermeiros cujo sector de actividade é o hospital (2,296%), e num universo de 51167 Enfermeiros activos e efectivos na Ordem da classe (1,54%). (Ordem, 2007)

Discussão das Características da Amostra

Iremos discutir primariamente os resultados obtidos na caracterização da amostra.

A primeira questão colocada distingue o sexo feminino e masculino. Obtiveram-se os seguintes resultados: 79,2% pertence ao sexo feminino e 20,8% ao masculino. Em suma podemos afirmar, que se trata de um conjunto de indivíduos em que o género dominante é o feminino, o que coincide ao facto de nesta profissão existir mais profissionais femininos que masculinos.

De acordo com as estatísticas da Ordem dos Enfermeiros, a evolução do número de membros inscritos entre 2000 e 2005, por género tem vindo a aumentar, mantendo-se a maioria feminina.

Os dados da Ordem de 2007, indicam números mais altos mas em evolução proporcional.

Tabela 32: Distribuição de Enfermeiros por género (Ordem Enfermeiros, 2007)

Distribuição por Género	
FEMININO	41548
MASCULINO	9619
Total	51167

A distribuição de Enfermeiros por género, apenas nos hospitais, também se encontra em proporção idêntica aos inquiridos do estudo.

Tabela 33: Distribuição de Enfermeiros nos Hospitais por sexo (Ordem Enfermeiros, 2007)

Sector de Actividade	F	M	Total
HOSPITAIS	27762	6552	34314

Estes dados da Ordem corroboram os resultados encontrados.

Na caracterização da amostra, a segunda questão colocada é acerca da idade. Da amostra investigada 46,3% tem entre 22 e 27 anos; 13,7% tem idade compreendida entre 27-32 anos; entre 32-37 anos corresponde a 11,9%; 11% tem entre 37-42 anos; 7,4% tem entre 42-47; 47-52 anos correspondem a 5,6% da amostra; 52-57 anos equivalem a 3,6% da amostra; e, por fim 57-60 anos corresponde a 0,4%. Há um *missing*, que equivale a 0,1%. As suas idades variam entre 22 e 60 anos, havendo uma predominância da faixa etária entre os 22 e os 27 anos. A média das idades situa-se nos 32 anos.

Tabela 34: Distribuição de Enfermeiros por grupos etários e sexo (Ordem Enfermeiros, 2006)

Grupos Etários	F	M	Total
21 a 25	4989	1060	6049
26 a 30	7709	1961	9670
31 a 35	6273	1416	7689
36 a 40	5669	1202	6871
41 a 45	5160	1199	6359
46 a 50	3598	980	4578
51 a 55	3028	718	3746
56 a 60	2557	438	2995
61 a 65	1545	289	1834
66 a 70	715	186	901
Mais 70	308	95	403
Total	41551	9544	51095

Embora os grupos etários sejam diferentes por 2 anos, podem-se tirar algumas ilações. No questionário a faixa etária do 22-27 anos é substancial, a partir da qual as faixas etárias seguintes vão diminuindo ou mantendo a sua predominância. Por sua vez, os dados da Ordem atingem o expoente máximo nos 26 a 30 anos e só depois os valores decrescem. No questionário não existe inquiridos com mais de 60 anos, enquanto nos dados da Ordem estão activos profissionais com mais de 70 anos.

Os 21 ou 22 anos correspondem à idade obtida quando se conclui o curso superior de Enfermagem, que antes da adaptação ao processo de Bolonha correspondia a 4 anos.

Os 60 anos poderão corresponder à idade da ida para a reforma. A faixa etária entre os 22 e os 27 anos tem mais inquiridos e tal poderá corresponder ao facto dos recém-licenciados se tiverem possibilidade de optar o local de trabalho, preferirem o hospital para iniciar a vida profissional. Os mais novos também podem apresentar maior disposição para responder a questionários.

Na caracterização da amostra, a terceira questão colocada é acerca do tempo profissional de Enfermagem. Cerca de 8,5% da amostra tem até 1 ano; 42,9% tem idade compreendida entre 1-6 anos; entre 6-11 anos corresponde a 14%; 12,8% tem entre 11-16 anos; 9,4% tem entre 16-21; 21-26 anos correspondem a 5,3% da amostra; 26-31 anos equivalem a 3,9% da amostra; e, por fim entre 31-36 anos correspondem a 3,2%. O tempo máximo de idade profissional é de 36 anos, o que coincide com o tempo necessário de descontos para a segurança social, para poder ir para a reforma. Neste ponto não temos termo de comparação.

Na caracterização da amostra, a quarta questão colocada é acerca das habilitações académicas. Cerca de 7,6% da amostra tem bacharelato; 80,1% tem licenciatura; a pós-graduação corresponde a 4,3%; 6,2% tem especialidade. Na opção “outros” desta questão obtive duas respostas distintas: o 4º ciclo com 0,1%, e, a *diplomatura* corresponde a 0,6% da amostra.

Diplomatura, de acordo com o dicionário espanhol (2007), significa bacharelato, o que leva a crer que 0,6% da amostra ou é de nacionalidade espanhola ou frequentou o curso em Espanha. Uma vez que não se colocou a questão da nacionalidade do inquirido nem se colocou a questão do país aonde frequentou o curso, este ponto não pode ser mais explorado. É de notar que apenas é critério de inclusão na amostra, enfermeiros activos na sua actividade profissional, em contexto hospitalar.

De acordo com as estatísticas da Ordem dos Enfermeiros, a evolução do número de membros inscritos entre 2000 e 2005, por habilitação de generalista/ especialista tem vindo a aumentar, mantendo-se a maioria generalista e a minoria especialista. Estes dados da Ordem vão de encontro aos resultados verificados.

Tabela 35: Distribuição de Enfermeiros por título (Ordem Enfermeiros, 2007)

Distribuição por Título	F	M	Total
ENFERMEIRO GENERALISTA	35676	8344	44020
Enfermeiros Especialistas	F	M	Total
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	733	391	1124
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. I. E PEDIÁTRICA	999	60	1059
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE S. M. E OBSTÉTRICA	1645	80	1725
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	910	304	1214
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA COMUNIDADE	972	155	1127
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM S. M. E PSIQUIÁTRICA	618	286	904
Total	5877	1276	7153

Tabela 36: Grau académico (Ordem Enfermeiros, 2007)

Grau Académico	F	M	Total
Licenciatura	21365	4780	26145
Bacharelato	13315	3173	16488
Outro	6868	1666	8534
Total	41548	9619	51167

Na caracterização da amostra, a última questão colocada é acerca da região onde exerce a actividade profissional. Cerca de 52,9% da amostra exerce a actividade no Norte; 18,8% no Centro; e, o Sul corresponde a 28,3%. No entanto segundo a Ordem, os Enfermeiros existentes distribuem-se conforme a tabela seguinte.

Tabela 37: Distribuição de Enfermeiros por distrito (Ordem Enfermeiros, 2007)

Distribuição por Distrito (no território nacional) (Exercício Profissional)	F	M	Total (FM)
ALENTEJO	1618	411	2029
ALGARVE	1386	330	1716
CENTRO	8778	2446	11224
LISBOA E VALE DO TEJO	14491	3159	17650
NORTE	12487	2702	15189
RA AÇORES	1204	280	1484
RA MADEIRA	1461	272	1733
Total	41425	9600	51025

Discussão dos Resultados do Questionário

Para responder a “Como será que as medidas de gestão introduzidas nos Hospitais EPE, afectam a Enfermagem?” temos de analisar cada questão orientadora que se segue.

Q1 – Qual a utilidade prática das medidas de gestão?

Na segunda parte do questionário, a primeira questão colocada é acerca da utilidade prática das medidas de gestão – “As várias medidas de gestão, tomadas nos Hospitais EPE, têm utilidade prática?”. A este propósito verifica-se que 1,1% da amostra respondeu “nunca”; 12,2% refere “raramente”; “às vezes” é a opção de 71,8%; “muitas vezes” constitui a escolha de 14,1%, e, por fim “sempre” corresponde a 0,8%. Há um *missing*, que corresponde a 0,1%.

Esta questão e as duas seguintes, com escala de Likert apresentam resultados maioritários na opção intermédia, “às vezes”. Esta resposta “às vezes” pode constituir uma tendência uma vez que representa exactamente o meio-termo das respostas.

Apesar destes resultados, o desenvolvimento de trabalhos em Economia da Saúde parecem justificar a utilidade. Utilidade prática das medidas de gestão nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, tanto no equilíbrio dos custos, como numa maior eficácia, numa melhor organização, entre outros. (14/CNECV/95).

Q2 – Qual a motivação para os Enfermeiros aderirem às medidas de gestão?

Na segunda parte do questionário, a segunda questão colocada é acerca da motivação para aderir às medidas de gestão – “Os Enfermeiros estão motivados para aderirem às várias medidas de gestão?”.

Cerca de 2,8% da amostra respondeu “nunca”; 26,6% refere “raramente”; “às vezes” é a opção de 55,7%; “muitas vezes” constitui a escolha de 13,2%, e, por fim “sempre” corresponde a 1,6%.

Mais uma vez refere-se que esta resposta “às vezes” pode constituir uma tendência dado que representa exactamente o meio-termo das respostas.

O Ministério da Saúde, em 2010, expressa que: “A motivação dos profissionais é um factor fundamental que assegurará o sucesso da empresarialização. Para essa motivação acrescida, contribuirão a lógica de maior autonomia e responsabilização implícitas na nova organização, a nova cultura de serviço aos utentes e a preocupação constante na melhoria efectiva de condições de trabalho.” (Ministério da Saúde, 2010)

Quais as razões da motivação não ser mais frequente? Será que não se reconhece a utilidade das medidas de gestão introduzidas?

Q3 – Qual a influência de outros Enfermeiros, no local de trabalho do inquirido, para a adesão às medidas de gestão?

A terceira questão colocada no questionário é acerca da influência para aderir às medidas de gestão – “Na prática, existe algum tipo de influência por parte de outros Enfermeiros, para aderir às várias medidas de gestão?”. Cerca de 5,7% da amostra respondeu “nunca”; 27,7% refere “raramente”; “às vezes” é a opção de 46,6%; “muitas vezes” constitui a escolha de 18,8%, e, por fim “sempre” corresponde a 1,1%. Há um *missing*, que equivale a 0,1%.

Mais uma vez refere-se que esta resposta “às vezes” pode constituir uma tendência dado que representa exactamente o meio-termo das respostas.

“Política de Saúde é, no fundo, todo um conjunto de medidas que individual ou colectivamente contribuam para o bem-estar de todos os cidadãos e que englobam os hábitos de vida, as condições socioeconómicas, o ambiente, a segurança alimentar, o meio laboral, etc. E para a defesa de um bem colectivo que é a obtenção de mais e melhor saúde, é fundamental a intervenção activa dos enfermeiros a todos os níveis da sua intervenção na sociedade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

“Ao nível da saúde, as decisões têm de estar próximo dos profissionais – vectores da mudança – e dos destinatários dos cuidados de saúde – os utentes.

Os enfermeiros, enquanto cidadãos e enquanto profissionais que por força da natureza dos cuidados que prestam, são aqueles que estão mais próximo dos utentes, têm necessariamente que estar próximo de quem decide.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Q4 – Qual a influência das medidas de gestão no tempo dispendido na prestação dos cuidados?

Na segunda parte do questionário, a quarta questão colocada é acerca do tempo dispendido na prestação de cuidados – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no tempo dispendido na prestação de cuidados?”. Cerca de 46,3% da amostra respondeu “maior tempo dispendido”; 28,9% refere “menor tempo dispendido”; “não se reflecte” é a opção de 24,4%. Há três *missings*, que equivale a 0,4%.

“Não utilizar exclusivamente o conceito de número de horas de cuidados por doente e por dia. Considerar o contexto em que os cuidados são prestados como a arquitectura dos espaços, a dispersão geográfica e a tecnologia disponível. Considerar que, para prestar cuidados de qualidade, os enfermeiros devem ser envolvidos em actividades de elaboração de normas e protocolos e na avaliação da qualidade, portanto ser considerado tempo para estas actividades.” (Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente, 2008)

“ As políticas da organização devem reconhecer as necessidades do doente e do enfermeiro e providenciar serviços de apoio efectivos como os de hotelaria ou de transporte de doentes, de modo a reduzir o tempo dispendido. No tempo do enfermeiro, devem ainda ser contemplados a coordenação e a continuidade dos cuidados.” Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente, 2008)

Q5 – Qual a influência das medidas de gestão no número de registos da actividade?

Na segunda parte do questionário, a quinta questão colocada é acerca do registo da actividade – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no registo da actividade?”.

Cerca de 61,3% da amostra respondeu “maior número de registos”; 17,8% refere “menor número de registos”; “não se reflecte” é a opção de 20,4%. Há quatro *missings*, que equivale a 0,5%.

“Por registos de enfermagem entende-se que seja o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro, nas quais se compila as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação pelo enfermeiro de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados. Os impressos utilizados pelos Enfermeiros nos registo referidos, devem ser assinados por Enfermeiros pelo autor dos actos praticados, e estar locados no processo clínico, assegurando o essencial registo histórico da assistência de Enfermagem, e objectivando a continuidade dos cuidados de Enfermagem (Art. 8º/2) do REPE”. (PARECER CJ- 67/2003)

Q6 – Qual a influência das medidas de gestão nos custos económicos associados à prestação de cuidados?

Na segunda parte do questionário, a sexta questão colocada é acerca dos custos económicos associados à prestação de cuidados – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, nos custos económicos associados à prestação de cuidados?”. Neste contexto, 23,3% da amostra respondeu “maiores custos económicos”; 58,9% refere “menores custos económicos”; “não se reflecte” é a opção de 17,8%. Há catorze *missings*, que equivale a 1,8%.

Sousa Santos, baseado em Abel-Smith, identifica como um mecanismo de controlo dos custos na saúde a curto prazo a limitação de orçamentos. (14/CNECV/1995). Este argumento pode estar na origem dos resultados encontrados no questionário.

“A gestão por objectivos, bem como a introdução da lógica de apresentação de resultados, constituem importantes instrumentos indutores de eficiência. Na prática, os hospitais EPE passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos, para uma cultura de performance baseada na optimização da gestão.” (Ministério da Saúde, 2010)

“Os Custos (s/ IRC) reduziram-se em 1,3%” (hospitais EPE, 2006).

Na questão dos custos económicos, o 1,8% de falta de respostas, pode reflectir alguma falta de sensibilidade para este aspecto. Será que não deveriam saber? Haver mais divulgação dos preços dos materiais, dos custos mensais e anuais dos serviços. Não seria isto um factor de adesão dos profissionais à contenção de custos? Será que os enfermeiros na prática não notam alterações nos custos? Mas os relatórios dos hospitais dizem que os custos diminuíram.

Q7 – Qual a influência das medidas de gestão no número de Enfermeiros do serviço?

Na segunda parte do questionário, a sétima questão colocada é acerca do número de Enfermeiros – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no número de Enfermeiros no serviço?”. Assim, 14,8% da amostra respondeu “maior número de Enfermeiros”; 56,7% refere “menor número de Enfermeiros”; “não se reflecte” é a opção de 27,7%. Há seis *missings*, que equivale a 0,8%.

O parecer do CNECV defende a optimização ou “aproveitamento máximo” dos recursos humanos, não só em termos de qualificação mas também de horário de trabalho e mobilidade.(14/CNECV/95)

Dado que mais de metade dos inquiridos referem um menor número de Enfermeiros no serviço, poderá verificar-se simultaneamente uma maior optimização dos recursos humanos.

Sousa Santos, baseado em Abel-Smith, identifica como um mecanismo de controlo dos custos na saúde a curto prazo as restrições no pessoal. (14/CNECV/1995). Este argumento pode estar na origem dos resultados encontrados no questionário.

“Os recursos humanos (RH) na saúde serão geridos em função da política de saúde e, tendo esta por base, em função de um plano estratégico que tenha em atenção o balanço social do sector e as previsíveis necessidades de profissionais da saúde, em termos de curto, médio e longo prazo. A formação deve ter uma forte componente de gestão eficiente de recursos, de qualidade e de questões éticas. O envolvimento dos profissionais na política do sector é essencial para garantir resultados.” (Programa do XVII Governo Constitucional)

Q8 – Qual a influência das medidas de gestão na relação Enfermeiro-doente?

Na segunda parte do questionário, a oitava questão colocada é acerca da relação com o doente? – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na qualidade dos cuidados de saúde prestados?”. Verifica-se que 11,7% da amostra respondeu “facilita a relação”; 51,3% refere que “dificulta a relação”; “não se reflecte” é a opção de 36,7%. Há três *missings*, que equivale a 0,4%.

“Procura-se que através de um modelo de gestão empresarial e rigoroso, os utentes possam vir a beneficiar de melhorias muito concretas, ao nível da qualidade clínica, da facilidade de acesso a profissionais especializados, de melhoria de serviço e atendimento. O modelo empresarial é um modelo de gestão por objectivos, centrado no utente, que proporciona inúmeras vantagens para os utentes.” (Ministério da saúde, 2010)

Q9 – Qual a influência das medidas de gestão na qualidade dos cuidados de saúde prestados?

Na segunda parte do questionário, a nona questão colocada é acerca da qualidade dos cuidados de saúde prestados – “ Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na valorização da profissão?”. Assim, 18,5% da amostra respondeu “facilita a qualidade”; 58,9% refere que “dificulta a qualidade”; “não se reflecte” é a opção de 22,2%. Há três *missings*, que equivale a 0,4%.

Embora na tese a qualidade dos cuidados de saúde prestados seja perspectivada pelos Enfermeiros, vou enunciar trabalhos em termos de qualidade percebida pelos utentes.

O trabalho “Sistema De Avaliação Da Qualidade Apercebida E Satisfação Do Utente Nos Hospitais EPE 2005”, do Ministério da Saúde, da Universidade Nova de Lisboa, Associação Portuguesa para a Qualidade e Instituto Português da Qualidade, divulgado em Lisboa, 14 de Julho de 2006, também aplicado aos utentes, em que se avalia, entre outros aspectos, em termos de Enfermeiros: simpatia e disponibilidade dos Enfermeiros, rapidez de resposta dos serviços de Enfermagem nos momentos de necessidade, competência e profissionalismo dos Enfermeiros, qualidade global do desempenho do pessoal de Enfermagem.

Apresentou os seguintes resultados: valores médios dos índices – Internamentos em relação aos Enfermeiros varia conforme os grupos de hospitais EPE entre 91,2/ 87,0 / 87,1/ 87,7; Impactos totais na Satisfação –Internamentos em relação aos Enfermeiros varia entre 0,5/ 0,9/ 0,6/ 0,7; evolução entre 2003 e 2005, no internamento em relação aos Enfermeiros, é positiva de 1,4; ainda no internamento, aos Enfermeiros o valor médio é 87,7 e o impacto total na satisfação é 0,7, e o índice de prioridade é 7,8 (nota: que o índice de prioridade das Variáveis Determinantes da Satisfação varia entre 0,4 e 20,2).

Q10 – Qual a influência das medidas de gestão na valorização da profissão?

Na segunda parte do questionário, a décima questão colocada é acerca da valorização da profissão – “Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na valorização da profissão?”. Verifica-se que 15,6% da amostra respondeu “aumenta a valorização”; 56,3% refere que “diminui a valorização”; “não se reflecte” é a opção de 27,4%. Há cinco *missings*, que equivale a 0,6%.

“Muitas vezes somos confrontados com posições de colegas que referem que o Enfermeiro não tem visibilidade pública ou que a Sociedade não dá o devido reconhecimento ao papel dos enfermeiros.” “A permanência constante e permanente dos enfermeiros junto dos doentes/utentes/clientes são o espaço privilegiado de afirmação do trabalho que desempenhamos e da nossa insubstituibilidade. A visibilidade social dos enfermeiros não se obtém ficando fechados dentro das quatro paredes de um centro de saúde ou de um hospital.” (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Q11 – Qual a vontade de obter informação?

A última questão colocada é acerca da vontade de obter mais informações – “Gostaria de obter mais informações sobre as várias medidas de gestão, introduzidas nos Hospitais EPE?”. Neste contexto, 92,0% da amostra respondeu “sim” e 7,7% refere que “não”. Há dois missings, que equivale a 0,3%.

Para os enfermeiros e para a própria gestão da unidade prestadora de cuidados, sugerimos a realização de sessões de informação com explicações, em conjunto, pelos responsáveis pela introdução de cada nova medida de gestão. Achámos que uma situação deste tipo traria benefícios para que se conseguisse um melhor resultado.

Em nossa opinião, no que se refere à estratégia de informação de assistência a uma sessão conjunta de informação, deve-se aumentar a sua utilização pelos profissionais e posteriormente avaliar os seus efeitos, permitindo ter uma ideia real da sua eficácia. Tendo por base estes resultados pensamos que nesta área, seria proveitoso investir em planos de ensino, reforçando a importância dos diferentes aspectos, das diferentes medidas de gestão. Paralelamente é também importante apostar em estratégias de adesão. Em suma, no que se refere a esta questão orientadora específica, quando mencionamos estratégia de adesão referimo-nos à adaptação dos objectivos aos enfermeiros.

O Parecer 14/CNECV/95, refere a dedicação à formação “permanente das profissões directamente intervenientes nos cuidados de saúde”. Os resultados obtidos nesta última pergunta do questionário reflectem esta realidade.

“A formação deve ter uma forte componente de gestão eficiente de recursos, de qualidade e de questões éticas.” (Programa do XVII Governo Constitucional)

Entre os resultados do questionário, constata-se que a maioria respondeu que as medidas de gestão exigem um maior tempo dispendido na prestação de cuidados (Q4); que dificulta a relação com o doente (Q8); e que dificulta a qualidade (Q9). Aproveitamos estes dados para uma reflexão bioeticista, num intuito preventivo.

As medidas de gestão introduzidas nos Hospitais EPE, assim como as consequências que delas advêm não podem colocar em causa a dignidade da pessoa humana. “A dignidade da pessoa humana coloca-se como primeiro princípio ético a que nenhuma outra consideração pode sobrepor-se. Pedra angular em todas as decisões que dizem respeito aos cuidados de saúde, [...] é-o de forma inequívoca em todas as decisões em que se confronta o absoluto dos princípios éticos com o limite dos recursos.” (14/CNECV/95)

“A pessoa que precisa dos cuidados de saúde vê limitada em muitos casos a sua autonomia, criando uma situação objectiva que se aparenta à dependência. Tal dependência não pode ser sinónimo de privação de direitos. Deve ser, pelo contrário, uma ocasião reveladora da fundamental interdependência entre todos os humanos, agudamente sentida em situações de vulnerabilidade e de impotência. É no coração da vulnerabilidade que o respeito pelo direito tem de ser inscrito.” (14/CNECV/95)

É também de salientar a responsabilidade individual na gestão da sua própria saúde, que pode trazer benefícios para si mesmo e evitar malefícios – beneficência /não - maleficência. (14/CNECV/95)

“A equidade prevê e estabelece os mecanismos adequados a garantir que, na prática, todos os homens tenham a mesma dignidade perante a ciência médica e os cuidados de saúde. A OMS [...] afirma que “(...) a equidade deve ser assegurada através do financiamento dos serviços que beneficiam os segmentos mais pobres e mais vulneráveis da sociedade.” (14/CNECV/95)

“A solidariedade, princípio ético fundamental da vida em sociedade, adquire especial ressonância na questão do financiamento e da prestação de cuidados de saúde.” (14/CNECV/95)

“As questões éticas que se levantam na distribuição e utilização dos recursos para a saúde dizem respeito a cada sociedade e aos indivíduos que a compõem, ao Estado nas suas várias instituições, e a todos os grupos profissionais que intervêm nos cuidados de saúde, em particular os médicos e os enfermeiros. É da acção conjugada de todos estes actores sociais que pode resultar uma mais universal e equitativa utilização dos recursos para a saúde.” (14/CNECV/95)

Os Enfermeiros na sua prática, trabalham nesta base, (in)conscientemente. Aliás, tais princípios estão consagrados no Código Deontológico dos Enfermeiros, de 1998.

É direito dos Enfermeiros “ usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”. É dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. É princípio geral que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”. É princípio orientador da actividade: “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”. (Código Deontológico dos Enfermeiros, de 1998)

Como já referido na introdução, a limitação de trabalhos de investigação aplicados aos profissionais de saúde sob este tema limita a discussão de resultados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a saúde tão importante e tão envolvente com tudo o que a rodeia, analisar a questão da afectação dos recursos para a saúde numa perspectiva de Enfermagem, ajuda-nos a compreender a situação vivenciada pelos Enfermeiros nos Hospitais EPE.

Os recursos são limitados, mas tenta-se contornar a situação com a optimização dos mesmos e tentando não descurar ou até mesmo melhorar a humanização, a relação, e a qualidade assistencial.

A reforma organizacional do Sistema Nacional de Saúde, desde o eixo Serviço Nacional de Saúde, mais especificamente nos modelos de gestão hospitalar, e até na organização dos recursos humanos deve ter na sua análise estes conceitos anteriormente abordados. (Nunes R, Rêgo G, Nunes C, 2003)

A sociedade está em constante evolução, e os sistemas organizacionais de saúde têm de se adaptar para que possa responder perante os direitos e necessidades que a sociedade lhe demanda.

E não pensemos que é por atingir um determinado nível num indicador de saúde ou por obter a satisfação da pessoa no atendimento que o trabalho está concluído, pois que atingindo essa meta, novas metas se terão de atingir, novos desafios para enfrentar.

Tudo para garantir o direito à saúde das populações e ao respeito pela dignidade humana. Tudo para que as populações possam ter qualidade de vida, possam trabalhar, possam contribuir para o desenvolvimento individual e colectivo.

Um equilíbrio nas despesas com a saúde é benéfico para a própria sociedade que consome os cuidados de saúde.

“Tem havido duas estratégias diferentes: uma que procura satisfazer o maior número de indivíduos, só possível negando participações para tecnologias de ponta excepcionais e caras (mesmo que isto implique a morte daqueles que as não podem pagar); outra que mantém uma gama completa de serviços, por caros que sejam, mas que tem então de limitar o número dos que têm acesso à segurança social. Qual destas duas estratégias representa maior justiça social?”.

A esta interrogação transcrita do Parecer 14/CNECV/95, o mesmo responde com a necessidade de análise a cada sociedade, fazendo uso da responsabilidade ética.

É inquestionável o respeito pelos fundamentos éticos para que qualquer decisão tomada relativa à afectação de recursos para a saúde seja frutífera.

A medicina baseada na evidência pode constituir-se um aliado na tomada de decisões na afectação de recursos para a saúde que concilia a melhor evidência evitando esbanjar recursos financeiros e trazendo benefícios para o que usufrui.

“Nem tudo o que é científica e tecnicamente possível é socialmente aceitável.”
(14/CNECV/95)

Na Declaração de Alma-Ata (1978) salienta-se que “As pessoas têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação dos seus cuidados de saúde.” A responsabilidade individual na sua própria saúde pode contribuir para uma menor despesa em cuidados de saúde. (14/CNECV/95)

“A origem dos recursos financeiros’ é apenas um aspecto de uma questão mais vasta, em que estão em causa igualmente as estratégias para a obtenção de maior eficiência, bem como, senão sobretudo, o consenso relativo às opções que a sociedade faz quanto aos cuidados de saúde a prestar.” (14/CNECV/95)

Posto isto, com este trabalho de investigação, caminhamos uma etapa muito importante no percurso académico. Além de exigir a mobilização de saberes, este projecto constituiu um grande desafio. Ao longo do trabalho de investigação podemos constatar que a questão da afectação de recursos influencia tanto a população que presta os cuidados de saúde como a que os recebe. Assim sendo, pensamos poder generalizar a ideia de que algo tão crucial num sistema, com todas as suas características, altera o quotidiano das pessoas e o modo como elas interagem com o meio que as rodeia. Com este trabalho foi possível identificar a motivação para a introdução de aspectos da afectação de recursos na prática de Enfermagem; analisar a adesão dos profissionais para este assunto; verificar como estas preocupações se expressam na prática da classe e desenvolver a capacidade de análise.

RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

Tendo em conta o explanado, sugerimos num trabalho posterior desenvolver e pesquisar uma só medida de gestão, mas sob vários aspectos, por exemplo mudança de horário dos enfermeiros para “rollman”, ou produtos mais baratos mas que demonstram a mesma eficácia.

Em termos de características da amostra, acrescentar duas questões: a nacionalidade do inquirido e qual o país onde frequentaram o curso de Enfermagem. Esta é uma necessidade verificada aquando da análise dos dados obtidos.

Poderá ser interrogada em que medida a informatização dos registos, ou a utilização de genéricos modificou com a introdução de regras empresariais.

Porque não investigar a taxa de falta de respostas na questão dos custos económicos? Questionar a divulgação dos preços dos materiais, dos custos mensais e anuais dos serviços seria uma possibilidade.

Será que a contenção de custos pode afectar a equidade e a justiça no acesso aos cuidados de enfermagem? Outro tema a investigar.

Comparar com outros enfermeiros que trabalham noutros hospitais, mas não EPE

Comparar os mesmos enfermeiros com hospitais não EPE onde trabalhavam anteriormente.

Alterar no questionário: várias medidas de gestão por novas medidas de gestão; eliminar tipo de influência e ficar só influência. (questão 6.3).

Sugerimos evitar a escala de Likert com 5 parâmetros, uma vez que as respostas obtidas nas três questões com este método foram maioritariamente na opção central, sem ficarmos com a certeza de que esta será a devida resposta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADM [em linha]. Disponível em <http://www.iasfa.pt/adm.html> [consultado em 10/01/2008].
- ADSE [em linha]. Disponível em <http://www.adse.pt/> [consultado em 10/01/2008].
- Análise da viabilidade económica das aplicações SAM e SAPE. [em linha]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/> [consultado em 12/02/2009].
- Antunes M: A doença da saúde. Serviço Nacional da Saúde: ineficiência e desperdício. Fundação Calouste Gulbenkian. Quetzal Editores, Lisboa, 2001.
- Araújo L: Sob o signo da ética. Granito, Porto, 2000.
- Alto Comissariado da Saúde [em linha]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt> [consultado em 10/01/2008].
- Barros P: Eficiência e modos de pagamento aos hospitais. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento de trabalho 3/97, Agosto, 1997.
- Barros P: Cream-skimming, incentives for efficiency and risk adjustment. Universidade Nova de Lisboa e CEPR (London). Versão de Outubro, 2000.
- Barros P: Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. Almedina, Coimbra, 2005.
- Barros P: Health System Review. Series Health Systems in Transition. Geneve, World Health Organization - Regional Office for Europe, Vol.9, nº5, 2007.
- Béresniak A, Duru G: Economia da saúde. Climepsi Editores, Lisboa, 1999.
- Bipap [em linha]. Disponível em <http://bipap.no.sapo.pt/bipap.htm/> [consultado em 10/12/2007].
- Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente (2008) [em linha]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/> [consultado em 10/01/2009].
- Comissão para a Sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (2007). Relatório Final. [em linha]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt> [consultado em 10/01/2008].

Correia de Campos, IV Fórum Saúde – (22 de Junho de 2005). [em linha]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/> [consultado em 10/06/2009].

Correia de Campos, Cadernos de Economia, n.º 80 – (Julho/Setembro de 2007). [em linha]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal> [consultado em 10/06/2009].

Daniels N, Light D, Caplan R: Benchmarks of fairness for health care reform, Oxford University Press, New York, 1996.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [em linha]. Disponível em <http://www.unesco.pt> [consultado em 10/01/2008].

Definição de hospital [em linha]. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital> [consultado em 10/01/2008].

Definição Enfermagem Virginie Henderson [em linha]. Disponível em <http://sinaisvitalis.pt> [consultado em 10/01/2007].

Diplomatura [em linha]. Disponível em <http://www.infopedia.com> [consultado em 26/06/2007].

Direcção-Geral da Saúde (1998). Carta dos direitos e deveres dos doentes. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em http://www.apcl.pt/APCL/PresentationLayer/ResourcesUser/CARTA%20direitos_doente.pdf. [consultado em 10/01/2008].

Direcção-Geral da Saúde [em linha]. Disponível em <http://www.dgs.pt/> [consultado em 10/01/2008].

Dranove D: Demand inducement and the physician/patient relationship. Economic Inquiry, 26; 1988, 281-298.

Ethics and Priority Setting in Oregon [em linha]. Disponível em <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/10/2/78.pdf> [consultado em 10/01/2008]. Calkthan, D.; 1991.

Evans R: Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. The Economics of Health and Medical Care; New York, 1974, 162-173.

Fortin M: O processo de investigação da concretização à realização. Lusociência, Loures, 1999.

Freire A: Estratégia – Sucesso em Portugal. Verbo, 1997.

Gauthier J, Cabral I, Santos I, Tavares C: Pesquisa em Enfermagem – Novas Metodologias Aplicadas, 1ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1998.

Gestão hospitalar [em linha]. Disponível em <http://www.hip.pt/hospital2.htm> [consultado em 10/01/2008].

Giraldes M: Economia da Saúde: da Teoria à Prática. Imprensa Universitária, Editorial Estampa, Lisboa, 1997.

Gomes R: Hospital de São João, 50 Anos de Sonho e Resistência. Ed. Hospital de S. João, Porto, 2009.

Hospitais EPE [em linha]. Disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/> [consultado em 10/12/2007].

IGIF. Orçamento do SNS para 2000. Proposta Final de Critérios de Distribuição e Recursos. Ministério da Saúde, 1999.

IGIF e Grupos Diagnóstico Homogéneos. [em linha]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/> [consultado em 07/07/2009].

IRS [em linha]. Disponível em http://www.dgci.min-financas.pt/pt/apoio_contribuinte/guia_fiscal/ [consultado em 10/01/2008].

Jalles, J.; Salvado, J. (2008). Baumol revisitado. Que futuro para o peso do sector da saúde em portugal? [em linha] Disponível em <http://fesrvsd.fe.unl.pt/WPFEUNL/WP2008/wp533.pdf> [consultado em 02/07/2009]

Jonhson G, Scholes K: Exploring Corporate Strategy. Prentice Hall, 6º Ed., 2002.

Lei de Bases da Saúde nº 48/ 90 de 24 de Agosto.

Lester C, et al: Priority setting with Health Inequality Impact Assessment. Public Health 115; 2001, 272-276.

Loewy E: Justice and health care systems: what would an ideal health care look like. Health Care Analysis 6;1989, 185-192.

Polit D, Hungler B: Fundamentos da pesquisa em Enfermagem. 3ª Ed. Artes Médicas Porto Alegre, 1998.

Ministério da Saúde [em linha]. Disponível em [http:// www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt) [consultado em 10/01/2008].

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, Vol. I e II. [em linha]. Disponível em [http:// www. www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) [consultado em 10/01/2008].

Mitton, C.; Donaldson C. (2004). Health care priority setting: principles, practice and challenges [em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104792.htm> [consultado em 10/01/2008].

Morais A: Ventilação no domicílio em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. Revista Sinais Vitais; Setembro 2000, 25-28.

Mullen P, Spurgeon P: Priority setting and the public. Radcliffe Medical Press, Abingdon, 2000.

Nozick R: Anarchy, state and utopia. Basic Books, New York, 1974.

Nunes C: A ética empresarial e os fundos socialmente responsáveis. Vida Económica, Porto, 2004.

Nunes R: Política de saúde. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, 2003A.

Nunes R: Evidence-based medicine: a new tool for resource allocation? Medicine Care and Philosophy, in press, 2003B.

Nunes R, Rêgo G: Prioridades na saúde. McGraw-Hill de Portugal, Lisboa, 2002.

Nunes R, Rêgo G, Nunes C: Justiça distributiva e o financiamento do sistema de saúde. Novos desafios na Gestão: Inovação ou Renovação. Volume II. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2002.

Nunes R, Rêgo G, Nunes C: Afectação de recursos para a saúde: perspectivas para um novo SNS. Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2003.

Nunes R: Regulação da saúde. Vida Económica, Porto, 2005.

Nunes R: Regulação da Saúde. Vida Económica, Porto, 2009.

O Enfermeiro e o Cidadão: Compromisso (d)e Proximidade - II Congresso da Ordem dos Enfermeiros [em linha]. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt> [consultado em 10/01/2008].

Ordem dos Enfermeiros [em linha]. Disponível em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/> [consultado em 10/12/2007].

Organização Mundial de Saúde [em linha]. Disponível em [http:// www.who.int/en/](http://www.who.int/en/) [consultado em 08/02/2008].

OPSS [em linha]. Disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/> [consultado em 08/07/2009].

PARECERCJ-67/2003[em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/> [consultado em 08/07/2009].

Pereira J: Economia da Saúde, Glossário de termos e conceitos. Documento de Trabalho 1/93.Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa,1992.

Programa do XVII Governo Constitucional [em linha]. Disponível em <http://www.gov.pt> [consultado em 10/01/2008].

Rawls J: A theory of Justice. Harvard University Press, New York, 1971.

Recomendações para uma reforma estrutural – reflexões sobre a saúde, Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998.

Rêgo G, Nunes R, Brandão C: O mercado dos medicamentos: concorrência e intervenção. Livro de Actas – X Jornadas Luso-Espanholas de Gestão Científica, Vilamoura; 2000.

Rêgo G, Nunes R, Melo H, Nunes R: Distributive justice and the introduction of generic medicines. Health Care Analysis 10; 2002: 221-229.

Rêgo, G. (2006) APB News 1/2006 (Setembro) Número I [em linha]. Disponível em http://www.sbemfmup.org/fotos/gca/1164199780apb_news_setembro_2006.pdf [consultado em 08/02/2008].

Rêgo G: Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde. Vida Económica, Porto, 2008.

Rêgo G, Nunes R: Hospital Fundação Estatal. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2009.

Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007

Rodrigues L: Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Edições Colibri, Lisboa, 2002.

- Sabik L, Lie R: Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*, 2008. <http://www.equityhealthj.com>. [consultado em 08/02/2009]
- Sale D: Garantia da qualidade nos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde. 1ª Ed. Principia, Lisboa, 2000.
- Samuelson P, Nordhaus W: *Macroeconomia*. 18ª Ed. McGraw Hill, Madrid, 2005.
- Sassi F: Setting priorities for the evaluation of health interventions: when theory does not meet practice. *Health policy* 63; 2003: 141-154.
- Secretaria-Geral do Ministério da Saúde [em linha]. Disponível em [http:// www.sg.min-saude.pt](http://www.sg.min-saude.pt) [consultado em 10/01/2008].
- Serrão D, Nunes R: *Ética em cuidados de saúde*. Porto Editora, Porto, 1998.
- Serrão D, Nunes R, Antunes A, Ricou M: The debate on priorities in health care in: Sweden, Denmark, Germany & Portugal. Department of Medical Ethics, Lund University, Sweden, 1999.
- Sheehy S: *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. 4ª Ed. Lusociência, Georgia, 1998.
- Silva M, Magalhães R: *Apontamentos de Estatística*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2001.
- Solomon R, Murphy M: *What is justice? Classic and Contemporary Readings* Oxford University, New York, 2000.
- Sterba J: “The Libertarian Manifesto” de John Hospers reprinted in *Justice: Alternative Political Perspectives*. Third Edition. Wadsworth Publishing Company, Belmont; 1999: 24 - 25.
- Tribunal de Contas: Auditoria à situação financeira do Serviço Nacional de Saúde. Vol. I, Sumário Executivo, Relatório n.º 10/03-2ªS; Abril 2003.
- Unidade de Missão da Rede de Cuidados Continuados [em linha]. Disponível em [http:// www.rncci.min-saude.pt/rncci](http://www.rncci.min-saude.pt/rncci) [consultado em 10/01/2008].
- Unidade de Missão dos Cuidados Primários de Saúde [em linha]. Disponível em [http:// www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt) [consultado em 10/01/2008].

ANEXOS

Anexo 1

Lista dos Hospitais EPE

Lista dos Hospitais E.P.E.

- Hospital de Santa Maria, E.P.E.
- Hospital de São João, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.
- Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Vila Real / Peso da Régua, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gil, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gil, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia de Porto Francisco Gil, E.P.E.
- Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.
- Hospital Garcia da Horta, E.P.E.
- Hospital de Santo André, E.P.E.
- Hospital de São Gonçalo, E.P.E.
- Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E.
- Hospital de Santa Marta, E.P.E.
- Hospital de São Sebastião, E.P.E.
- Hospital de São Teotónio, E.P.E.
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
- Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
- Hospital Geral de Santo António, E.P.E.
- Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
- Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E.P.E.
- Hospital Padre Américo, Vale do Sousa, E.P.E.
- Hospital Pulido Valente, E.P.E.
- Hospital São João de Deus, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

Anexo 2

Declaração Universal dos Direitos do Homem

Aviso

Determinando o artigo 16.º, n.º 2, da Constituição da República Portuguesa que «os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem», por ordem superior se publica o seu texto em inglês e a respectiva tradução em português.

Direcção-Geral dos Negócios Políticos, 19 de Janeiro de 1978. - O Adjunto do Director-Geral, António Leal da Costa Lobo.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM DE 10 DE DEZEMBRO DE 1948

Preâmbulo

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

Considerando que o desconhecimento e o desprezo dos direitos do homem conduziram a actos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta inspiração do homem;

Considerando que é essencial a protecção dos direitos do homem através de um regime de direito, para que o homem não seja compelido, em supremo recurso, à revolta contra a tirania e a opressão;

Considerando que é essencial encorajar o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;

Considerando que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declararam resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla;

Considerando que os Estados membros se comprometeram a promover, em cooperação com a Organização das Nações Unidas, o respeito universal e efectivo dos direitos do homem e das liberdades fundamentais;

Considerando que uma concepção comum destes direitos e liberdades é da mais alta importância para dar plena satisfação a tal compromisso:

A Assembleia Geral

Proclama a presente Declaração Universal dos Direitos do Homem como ideal comum a atingir por todos os povos e todas as nações, a fim de que todos os indivíduos e todos os órgãos da sociedade, tendo-a constantemente no espírito, se esforcem, pelo ensino e pela educação, por desenvolver o respeito desses direitos e liberdades e por promover, por medidas progressivas de ordem nacional e internacional, o seu reconhecimento e a sua aplicação universais e efectivos tanto entre as populações dos próprios Estados membros como entre as dos territórios colocados sob a sua jurisdição.

Artigo 1.º

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Artigo 2.º

Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação.

Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.

Artigo 3.º

Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 4.º

Ninguém será mantido em escravatura ou em servidão; a escravatura e o trato dos escravos, sob todas as formas, são proibidos.

Artigo 5.º

Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Artigo 6.º

Todos os indivíduos têm direito ao reconhecimento em todos os lugares da sua personalidade jurídica.

Artigo 7.º

Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual protecção da lei. Todos têm direito a protecção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo 8.º

Toda a pessoa tem direito a recurso efectivo para as jurisdições nacionais competentes contra os actos que violem os direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição ou pela lei.

Artigo 9.º

Ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Artigo 10.º

Toda a pessoa tem direito, em plena igualdade, a que a sua causa seja equitativa e publicamente julgada por um tribunal independente e imparcial que decida dos seus direitos e obrigações ou das razões de qualquer acusação em matéria penal que contra ela seja deduzida.

Artigo 11.º

1 - Toda a pessoa acusada de um acto delituoso presume-se inocente até que a sua culpabilidade fique legalmente provada no decurso de um processo público em que todas as garantias necessárias de defesa lhe sejam asseguradas.

2 - Ninguém será condenado por acções ou omissões que, no momento da sua prática, não constituíam acto delituoso à face do direito interno ou internacional. Do mesmo modo, não será infligida pena mais grave do que a que era aplicável no momento em que o acto delituoso foi cometido.

Artigo 12.º

Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a protecção da lei.

Artigo 13.º

- 1 - Toda a pessoa tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência no interior de um Estado.
- 2 - Toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país.

Artigo 14.º

- 1 - Toda a pessoa sujeita a perseguição tem o direito de procurar e de beneficiar de asilo em outros países.
- 2 - Este direito não pode, porém, ser invocado no caso de processo realmente existente por crime de direito comum ou por actividades contrárias aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

Artigo 15.º

- 1 - Todo o indivíduo tem direito a ter uma nacionalidade.
- 2 - Ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua nacionalidade nem do direito de mudar de nacionalidade.

Artigo 16.º

- 1 - A partir da idade núbil, o homem e a mulher têm o direito de casar e de constituir família, sem restrição alguma de raça, nacionalidade ou religião. Durante o casamento e na altura da sua dissolução, ambos têm direitos iguais.
- 2 - O casamento não pode ser celebrado sem o livre e pleno consentimento dos futuros esposos.
- 3 - A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção desta e do Estado.

Artigo 17.º

- 1 - Toda a pessoa, individual ou colectivamente, tem direito à propriedade.
- 2 - Ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua propriedade.

Artigo 18.º

Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos.

Artigo 19.º

Todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão.

Artigo 20.º

- 1 - Toda a pessoa tem direito à liberdade de reunião e de associação pacíficas.
- 2 - Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação.

Artigo 21.º

- 1 - Toda a pessoa tem o direito de tomar parte na direcção dos negócios públicos do seu país, quer directamente, quer por intermédio de representantes livremente escolhidos.
- 2 - Toda a pessoa tem direito de acesso, em condições de igualdade, às funções públicas do seu país.
- 3 - A vontade do povo é o fundamento da autoridade dos poderes públicos; e deve exprimir-se através de eleições honestas a realizar periodicamente por sufrágio universal e igual, com voto secreto ou segundo processo equivalente que salvaguarde a liberdade de voto.

Artigo 22.º

Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

Artigo 23.º

- 1 - Toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à protecção contra o desemprego.
- 2 - Todos têm direito, sem discriminação alguma, a salário igual por trabalho igual.
- 3 - Quem trabalha tem direito a uma remuneração equitativa e satisfatória, que lhe permita e à sua família uma existência conforme com a dignidade humana, e completada, se possível, por todos os outros meios de protecção social.
- 4 - Toda a pessoa tem o direito de fundar com outras pessoas sindicatos e de se filiar em sindicatos para a defesa dos seus interesses.

Artigo 24.º

Toda a pessoa tem direito ao repouso e aos lazeres e, especialmente, a uma limitação razoável da duração do trabalho e a férias periódicas pagas.

Artigo 25.º

- 1 - Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.
- 2 - A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimónio, gozam da mesma protecção social.

Artigo 26.º

- 1 - Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório. O ensino técnico e profissional deve ser generalizado; o acesso aos estudos superiores deve estar aberto a todos em plena igualdade, em função do seu mérito.
- 2 - A educação deve visar à plena expansão da personalidade humana e ao reforço dos direitos do homem e das liberdades fundamentais e deve favorecer a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e todos os grupos raciais ou religiosos, bem como o desenvolvimento das actividades das Nações Unidas para a manutenção da paz.
- 3 - Aos pais pertence a prioridade do direito de escolher o género de educação a dar aos filhos.

Artigo 27.º

- 1 - Toda a pessoa tem o direito de tomar parte livremente na vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam.

2 - Todos têm direito à protecção dos interesses morais e materiais ligados a qualquer produção científica, literária ou artística da sua autoria.

Artigo 28.º

Toda a pessoa tem direito a que reine, no plano social e no plano internacional, uma ordem capaz de tornar plenamente efectivos os direitos e as liberdades enunciados na presente Declaração.

Artigo 29.º

1 - O indivíduo tem deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade.

2 - No exercício destes direitos e no gozo destas liberdades ninguém está sujeito senão às limitações estabelecidas pela lei com vista exclusivamente a promover o reconhecimento e o respeito dos direitos e liberdades dos outros e a fim de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática.

3 - Em caso algum estes direitos e liberdades poderão ser exercidos contrariamente aos fins e aos princípios das Nações Unidas.

Artigo 30.º

Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada de maneira a envolver para qualquer Estado, agrupamento ou indivíduo o direito de se entregar a alguma actividade ou de praticar algum acto destinado a destruir os direitos e liberdades aqui enunciados.

Anexo 3

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes

DIREITOS DOS DOENTES

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana

É um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer aos actos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes.

É também indispensável que o doente seja informado sobre a identidade e a profissão de todo o pessoal que participa no seu tratamento.

Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra.

2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas

Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm, assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação.

O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado.

Do mesmo modo, deve ser proporcionado o apoio espiritual requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o representa, de acordo com as suas convicções.

3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e seu restabelecimento, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais.

Em nenhuma circunstância os doentes podem ser objecto de discriminação.

Os recursos existentes são integralmente postos ao serviço do doente e da comunidade, até ao limite das disponibilidades.

4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados

Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento.

Para isso, hospitais e centros de saúde têm de coordenar-se, de forma a não haver

quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao doente.

O doente e seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade da sua prestação fica garantida.

Ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários.

5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados

Ao cidadão tem que ser fornecida informação acerca dos serviços de saúde locais, regionais e nacionais existentes, suas competências e níveis de cuidados, regras de organização e funcionamento, de modo a otimizar e a tornar mais cómoda a sua utilização.

Os serviços prestadores dos diversos níveis de cuidados devem providenciar no sentido de o doente ser sempre acompanhado dos elementos de diagnóstico e terapêutica considerados importantes para a continuação do tratamento. Assim, evitam-se novos exames e tratamentos, penosos para o doente e dispendiosos para a comunidade.

6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde

Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente.

Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.

O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.

7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde

Este direito, que se traduz na obtenção de parecer de um outro médico, permite ao doente complementar a informação sobre o seu estado de saúde, dando-lhe a possibilidade de decidir, de forma mais esclarecida, acerca do tratamento a prosseguir.

8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico

O consentimento do doente é imprescindível para a realização de qualquer acto médico, após ter sido correctamente informado.

O doente pode, exceptuando alguns casos particulares, decidir, de forma livre e

esclarecida, se aceita ou recusa um tratamento ou uma intervenção, bem como alterar a sua decisão.

Pretende-se, assim, assegurar e estimular o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os doentes têm de decidir sobre si próprios.

O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do doente.

9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam

Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente - situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal - são confidenciais. Contudo, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou se a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas.

Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade nos serviços de saúde.

10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico

A informação clínica e os elementos identificativos de um doente estão contidos no seu processo clínico.

O doente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo, devendo essa informação ser fornecida de forma precisa e esclarecedora.

A omissão de alguns desses dados apenas é justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o doente ou se contiverem informação sobre terceiras pessoas.

11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico

A prestação de cuidados de saúde efectua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade, o que significa que qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos.

A vida privada ou familiar do doente não pode ser objecto de intromissão, a não ser que se mostre necessária para o diagnóstico ou tratamento e o doente expresse o seu consentimento.

12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações

O doente, por si, por quem legitimamente o substitua ou por organizações representativas, pode avaliar a qualidade dos cuidados prestados e apresentar sugestões ou reclamações.

Para esse efeito, existem, nos serviços de saúde, o gabinete do utente e o livro de reclamações.

O doente terá sempre de receber resposta ou informação acerca do seguimento dado às suas sugestões e queixas, em tempo útil.

DEVERES DOS DOENTES

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Anexo 4

Declaração Universal da Bioética e Direitos Humanos da Unesco

Artigo 1º Âmbito

1. A presente Declaração trata das questões de ética suscitadas pela medicina, pelas ciências da vida e pelas tecnologias que lhes estão associadas, aplicadas aos seres humanos, tendo em conta as suas dimensões social, jurídica e ambiental.

2. A presente Declaração é dirigida aos Estados. Permite também, na medida apropriada e pertinente, orientar as decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas, públicas e privadas.

Artigo 2º Objectivos

A presente Declaração tem os seguintes objectivos:

(a) proporcionar um enquadramento universal de princípios e procedimentos que orientem os Estados na formulação da sua legislação, das suas políticas ou de outros instrumentos em matéria de bioética;

(b) orientar as acções de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas, públicas e privadas;

(c) contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais, de modo compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos;

(d) reconhecer a importância da liberdade de investigação científica e dos benefícios decorrentes dos progressos da ciência e da tecnologia, salientando ao mesmo tempo a necessidade de que essa investigação e os consequentes progressos se insiram no quadro dos princípios éticos enunciados na presente Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais;

(e) fomentar um diálogo multidisciplinar e pluralista sobre as questões da bioética entre todas as partes interessadas e no seio da sociedade em geral;

(f) promover um acesso equitativo aos progressos da medicina, da ciência e da tecnologia, bem como a mais ampla circulação possível e uma partilha rápida dos conhecimentos relativos a tais progressos e o acesso partilhado aos benefícios deles decorrentes, prestando uma atenção particular às necessidades dos países em desenvolvimento;

(g) salvaguardar e defender os interesses das gerações presentes e futuras;

(h) sublinhar a importância da biodiversidade e da sua preservação enquanto preocupação comum à humanidade.

Dentro do campo de aplicação da presente Declaração, os princípios que se seguem devem ser respeitados por aqueles a que ela se dirige, nas decisões que tomem ou nas práticas que adoptem.

Artigo 3º Dignidade humana e direitos humanos

1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados.

2. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

Artigo 4º Efeitos benéficos e efeitos nocivos

Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, devem ser maximizados os efeitos benéficos directos e indirectos para os doentes, os participantes em investigações e os outros indivíduos envolvidos, e deve ser minimizado qualquer efeito nocivo susceptível de afectar esses indivíduos.

Artigo 5º Autonomia e responsabilidade individual

A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.

Artigo 6º Consentimento

1. Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.

2. Só devem ser realizadas pesquisas científicas com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa. A informação deve ser suficiente, fornecida em moldes compreensíveis e incluir as modalidades de retirada do consentimento. A pessoa em causa pode retirar o seu consentimento a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo. Excepções a este princípio só devem ser feitas de acordo com as normas éticas e jurídicas adoptadas pelos Estados e devem ser compatíveis com os princípios e disposições enunciados na presente Declaração, nomeadamente no artigo 27º, e com o direito internacional relativo aos direitos humanos.

3. Nos casos relativos a investigações realizadas sobre um grupo de pessoas ou uma comunidade, pode também ser necessário solicitar o acordo dos representantes legais do grupo ou da comunidade em causa. Em nenhum caso deve o acordo colectivo ou o consentimento de um dirigente da comunidade ou de qualquer outra autoridade substituir-se ao consentimento esclarecido do indivíduo.

Artigo 7º Pessoas incapazes de exprimir o seu consentimento

Em conformidade com o direito interno, deve ser concedida protecção especial às pessoas que são incapazes de exprimir o seu consentimento:

(a) a autorização para uma investigação ou uma prática médica deve ser obtida em conformidade com o superior interesse da pessoa em causa e com o direito interno. No entanto, a pessoa em causa deve participar o mais possível no processo de decisão conducente ao consentimento e no conducente à sua retirada;

(b) a investigação só deve ser realizada tendo em vista o benefício directo da saúde da pessoa em causa, sob reserva das autorizações e das medidas de protecção prescritas pela lei e se não houver outra opção de investigação de eficácia comparável com participantes capazes de exprimir o seu consentimento. Uma investigação que não permita antever um benefício directo para a saúde só deve ser realizada a título excepcional, com a máxima contenção e com a preocupação de expor a pessoa ao mínimo possível de riscos e incómodos e desde que a referida investigação seja efectuada no interesse da saúde de outras pessoas pertencentes à mesma categoria, e sob reserva de ser feita nas condições previstas pela lei e ser compatível com a protecção dos direitos individuais da pessoa em causa. Deve ser respeitada a recusa destas pessoas em participar na investigação.

Artigo 8º Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal

Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa.

Artigo 9º Vida privada e confidencialidade

A vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas. Tanto quanto possível, tais informações não devem ser utilizadas ou difundidas para outros fins que não aqueles para que foram coligidos ou consentidos, e devem estar em conformidade com o direito internacional, e nomeadamente com o direito internacional relativo aos direitos humanos.

Artigo 10º Igualdade, justiça e equidade

A igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa.

Artigo 11º Não discriminação e não estigmatização

Nenhum indivíduo ou grupo deve, em circunstância alguma, ser submetido, em violação da dignidade humana, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a uma discriminação ou a uma estigmatização.

Artigo 12º Respeito pela diversidade cultural e do pluralismo

Deve ser tomada em devida conta a importância da diversidade cultural e do pluralismo. Porém, não devem ser invocadas tais considerações para com isso infringir a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais ou os princípios enunciados na presente Declaração, nem para limitar o seu alcance.

Artigo 13º Solidariedade e cooperação

A solidariedade entre os seres humanos e a cooperação internacional nesse sentido devem ser incentivadas.

Artigo 14º Responsabilidade social e saúde

1. A promoção da saúde e do desenvolvimento social em benefício dos respectivos povos é um objectivo fundamental dos governos que envolve todos os sectores da sociedade.

2. Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, religião, opções políticas e condição económica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar:

(a) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e aos medicamentos essenciais, nomeadamente no interesse da saúde das mulheres e das crianças, porque a saúde é essencial à própria vida e deve ser considerada um bem social e humano;

(b) o acesso a alimentação e água adequadas;

(c) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;

(d) a eliminação da marginalização e da exclusão, seja qual for o motivo em que se baseiam;

(e) a redução da pobreza e do analfabetismo.

Artigo 15º Partilha dos benefícios

1. Os benefícios resultantes de qualquer investigação científica e das suas aplicações devem ser partilhados com a sociedade no seu todo e no seio da comunidade internacional, em particular com os países em desenvolvimento.

Com vista a dar efectivação a este princípio, os benefícios podem assumir uma das seguintes formas:

- (a) assistência especial e sustentável às pessoas e aos grupos que participaram na investigação e expressão de reconhecimento aos mesmos;
- (b) acesso a cuidados de saúde de qualidade;
- (c) fornecimento de novos produtos e meios terapêuticos ou diagnósticos, resultantes da investigação;
- (d) apoio aos serviços de saúde;
- (e) acesso ao conhecimento científico e tecnológico;
- (f) instalações e serviços destinados a reforçar as capacidades de investigação;
- (g) outras formas de benefícios compatíveis com os princípios enunciados na presente Declaração.

2. Os benefícios não devem constituir incitamentos indevidos à participação na investigação.

Artigo 16º Protecção das gerações futuras

As repercussões das ciências da vida sobre as gerações futuras, nomeadamente sobre a sua constituição genética, devem ser adequadamente tomadas em consideração.

Artigo 17º Protecção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade

Importa tomar na devida conta a interacção entre os seres humanos e as outras formas de vida, bem como a importância de um acesso adequado aos recursos biológicos e genéticos e de uma utilização adequada desses recursos, o respeito pelos saberes tradicionais, bem como o papel dos seres humanos na protecção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

Artigo 18º Tomada de decisões e tratamento das questões de bioética

1. O profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular a declaração de todo e qualquer conflito de interesses e uma adequada partilha dos conhecimentos, devem ser encorajados. Tudo deve ser feito para utilizar os melhores conhecimentos científicos e as melhores metodologias disponíveis para o tratamento e o exame periódico das questões de bioética.
2. Deve ser levado a cabo um diálogo regular entre as pessoas e os profissionais envolvidos e também no seio da sociedade em geral.
3. Devem promover-se oportunidades de um debate público pluralista e esclarecido, que permita a expressão de todas as opiniões pertinentes.

Artigo 19º Comitês de ética

Devem ser criados, encorajados e adequadamente apoiados comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas, com vista a:

- (a) avaliar os problemas éticos, jurídicos, científicos e sociais relevantes no que se refere aos projectos de investigação envolvendo seres humanos;
- (b) dar pareceres sobre os problemas éticos que se levantam em contextos clínicos;
- (c) avaliar os progressos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir para a elaboração de princípios normativos sobre as questões do âmbito da presente Declaração;
- (d) promover o debate, a educação e bem assim a sensibilização e a mobilização do público em matéria de bioética.

Artigo 20º Avaliação e gestão dos riscos

Será conveniente promover uma gestão apropriada e uma avaliação adequada dos riscos relativos à medicina, às ciências da vida e às tecnologias que lhes estão associadas.

Artigo 21º Práticas transnacionais

1. Os Estados, as instituições públicas e privadas e os profissionais associados às actividades transnacionais devem empenhar-se em garantir que qualquer actividade respeitante à presente Declaração, empreendida, financiada ou de outro modo conduzida, no todo ou em parte, em diferentes Estados, seja compatível com os princípios enunciados na presente Declaração.
2. Quando uma investigação é empreendida ou de outro modo conduzida em um ou vários Estados (Estado(s) anfitrião(anfitriões)) e financiada por recursos provenientes de outro Estado, esta actividade de investigação deve ser objecto de uma avaliação ética de nível apropriado, tanto no Estado anfitrião como no Estado em que se situa a fonte de financiamento. Esta avaliação deve basear-se em normas éticas e jurídicas compatíveis com os princípios enunciados na presente Declaração.
3. A investigação transnacional em matéria de saúde deve dar resposta às necessidades dos países anfitriões e é necessário reconhecer a importância da investigação para o alívio dos problemas urgentes de saúde no mundo inteiro.
4. Na altura da negociação de um acordo de investigação, as condições da colaboração e o acordo sobre os benefícios devem ser definidos com uma participação equitativa das partes na negociação.
5. Os Estados devem tomar medidas apropriadas, tanto a nível nacional como internacional, para combater o bioterrorismo e o tráfico ilícito de órgãos, tecidos, amostras, recursos e materiais de natureza genética.

Artigo 22º Papel dos Estados

1. Os Estados devem tomar todas as medidas apropriadas – legislativas, administrativas ou outras – para pôr em prática os princípios enunciados na presente Declaração, em conformidade com o direito internacional relativo aos direitos humanos. Tais medidas devem ser apoiadas por uma acção nos domínios da educação, da formação e da informação ao público.
2. Os Estados devem encorajar a criação de comités de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas, conforme disposto no Artigo 19º.

Artigo 23º Educação, formação e informação em matéria de bioética

1. Com vista a promover os princípios enunciados na presente Declaração e assegurar uma melhor compreensão das implicações éticas dos progressos científicos e tecnológicos, em particular entre os jovens, os Estados devem esforçar-se por fomentar a educação e a formação em matéria de bioética a todos os níveis, e estimular os programas de informação e de difusão dos conhecimentos relativos à bioética.
2. Os Estados devem encorajar as organizações intergovernamentais internacionais e regionais, bem como as organizações não-governamentais internacionais, regionais e nacionais, a participar neste esforço.

Artigo 24º Cooperação internacional

1. Os Estados devem apoiar a difusão internacional da informação científica e encorajar a livre circulação e a partilha de conhecimentos científicos e tecnológicos.
2. No quadro da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e celebrar acordos bilaterais e multilaterais que permitam aos países em desenvolvimento reforçar a sua capacidade de participar na criação e no intercâmbio dos conhecimentos científicos, das correspondentes competências práticas e dos respectivos benefícios.
3. Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre si e também com e entre os indivíduos, as famílias, os grupos e comunidades, em especial com aqueles a quem a doença ou a deficiência, ou outros factores pessoais, sociais ou ambientais tornam vulneráveis, e aos de recursos mais limitados.

Artigo 25º Actividades de acompanhamento da UNESCO

1. A UNESCO promoverá e difundirá os princípios enunciados na presente Declaração. Para isso, deve pedir a ajuda e a assistência do Comité Intergovernamental de Bioética (CIGB) e do Comité Internacional de Bioética (CIB).
2. A UNESCO reafirma a sua vontade de tratar as questões de bioética e promover a cooperação entre o CIGB e o CIB.

Artigo 26º Interdependência e complementaridade dos princípios

A presente Declaração deve ser entendida como um todo e os princípios devem ser entendidos como complementares e interdependentes. Cada princípio deve ser considerado no contexto dos outros, na medida apropriada e pertinente, de acordo com as circunstâncias.

Artigo 27º Limites à aplicação dos princípios

Se a aplicação dos princípios enunciados na presente Declaração tiver de ser limitada, deverá sê-lo por lei, nomeadamente pelos textos legislativos sobre a segurança pública, a investigação, detecção e demanda judicial em caso de delito penal, a protecção da saúde pública ou a protecção dos direitos e liberdades de outras pessoas. Qualquer lei deste tipo deve ser compatível com o direito internacional relativo aos direitos humanos.

Artigo 28º Exclusão dos actos contrários aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana

Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada como susceptível de ser invocada de qualquer modo por um Estado, um grupo ou um indivíduo para se entregar a uma actividade ou praticar um acto para fins contrários aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana.

Anexo 5

Lei de Bases da Saúde

Lei n.º 48/90
de 24 de Agosto
Lei de Bases da Saúde

(Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro)

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Base I

Princípios gerais

1 - A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

2 - O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

3 - A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.

4 - Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Base II

Política de saúde

1 - A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:

a) A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado;

b) É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;

c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;

d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;

e) A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;

f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;

g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;

h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;

i) É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

2 - A política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se ermanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos.

Base III

Natureza da legislação sobre saúde

A legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar, conforme o estabelecido na lei.

Base IV

Sistema de saúde e outras entidades

1 - O sistema de saúde visa a efectivação do direito à protecção da saúde.

2 - Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde.

3 - Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a dopção de estilos de vida saudáveis.

Base V

Direitos e deveres dos cidadãos

1 - Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover.

2 - Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.

3 - É reconhecida a liberdade de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes da lei, designadamente no que respeita a exigências de qualificação profissional.

4 - A liberdade de prestação de cuidados de saúde abrange a faculdade de se constituírem entidades sem ou com fins lucrativos que visem aquela prestação.

5 - É reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços.

Base VI

Responsabilidade do Estado

1 - O Governo define a política de saúde.

2 - Cabe ao Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respectiva execução e coordenar a sua acção com a dos ministérios que tutelam áreas conexas.

3 - Todos os departamentos, especialmente os que actuem nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprêgo, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo, devem ser envolvidos na promoção da saúde.

4 - Os serviços centrais do Ministério da Saúde exercem, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção.

Base VII

Conselho Nacional de Saúde

1 - O Conselho Nacional de Saúde representa os interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e é um órgão de consulta do Governo.

2 - O Conselho Nacional de Saúde inclui representantes dos utentes, nomeadamente dos subsistemas de saúde, dos seus trabalhadores, dos departamentos governamentais com áreas de actuação conexas e de outras entidades.

3 - Os representantes dos utentes são eleitos pela Assembleia da República.

4 - A composição, a competência e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde constam da lei.

Base VIII

Regiões autónomas

1 - Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei.

2 - A presente lei é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, que devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde.

Base IX

Autarquias locais

Sem prejuízo de eventual transferência de competências, as autarquias locais participam na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, na definição das linhas de actuação em que estejam directamente interessadas e contribuem para a sua efectivação dentro das suas atribuições e responsabilidades.

Base X

Relações internacionais

1 - Tendo em vista a indivisibilidade da saúde na comunidade internacional, o Estado Português reconhece as consequentes interdependências sanitárias a nível mundial e assume as respectivas responsabilidades.

2 - O Estado Português apoia as organizações internacionais de saúde de reconhecido prestígio, designadamente a Organização Mundial de Saúde, coordena a sua política com as grandes orientações dessas organizações e garante o cumprimento dos compromissos internacionais livremente assumidos.

3 - Como Estado membro das Comunidades Europeias, Portugal intervém na tomada de decisões em matéria de saúde a nível comunitário, participa nas acções que se desenvolvem a esse nível e assegura as medidas a nível interno decorrentes de tais decisões.

4 - Em particular, Portugal defende o progressivo incremento da acção comunitária visando a melhoria da saúde pública, especialmente nas regiões menos favorecidas e no quadro do reforço da coesão económica e social fixado pelo Acto Único Europeu.

5 - É estimulada a cooperação com outros países, no âmbito da saúde, em particular com os países africanos de língua oficial portuguesa.

Base XI

Defesa sanitária das fronteiras

1 - O Estado Português promove a defesa sanitária das suas fronteiras, com respeito pelas regras gerais emitidas pelos organismos competentes.

2 - Em especial, cabe aos organismos competentes estudar, propor, executar e fiscalizar as medidas necessárias para prevenir a importação ou exportação das doenças submetidas ao Regulamento Sanitário Internacional, enfrentar a ameaça de expansão de doenças transmissíveis e promover todas as operações sanitárias exigidas pela defesa da saúde da comunidade internacional.

CAPÍTULO II

Das entidades prestadoras dos cuidados de saúde em geral

Base XII

Sistema de saúde

1 - O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

2 - O Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio.

3 - O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso.

4 - A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior.

5 - Tendencialmente, devem ser adoptadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde.

6 - O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência.

Base XIII

Níveis de cuidados de saúde

1 - O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades.

2 - Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

Base XIV

Estatuto dos utentes

1 - Os utentes têm direito a:

- a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;
- b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
- c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;
- d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
- e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
- f) Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
- g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;
- h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
- i) Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

2 - Os utentes devem:

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

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

Base XV

Profissionais de saúde

1 - A lei estabelece os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais de saúde, designadamente os de natureza deontológica, tendo em atenção a relevância social da sua actividade.

2 - A política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivar a dedicação plena, evitando conflitos de interesse entre a actividade pública e a actividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional.

3 - O Ministério da Saúde organiza um registo nacional de todos os profissionais de saúde, com exclusão daqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação profissional de direito público.

4 - A inscrição obrigatória referida no número anterior é da responsabilidade da respectiva associação profissional de direito público e funciona como registo nacional dos profissionais nela inscritos, sendo facultada ao Ministério da Saúde sempre que por este solicitada.

Base XVI

Formação do pessoal de saúde

1 - A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir.

2 - O Ministério da Saúde colabora com o Ministério da Educação nas actividades de formação que estiverem a cargo deste, designadamente facultando nos seus serviços campos de ensino prático e de estágios, e prossegue as actividades que lhe estiverem cometidas por lei nesse domínio.

3 - A formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnicocientífica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nele o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis, e, em todos os casos, orientar-se no sentido de incutir nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar.

Base XVII

Investigação

1 - É apoiada a investigação com interesse para a saúde, devendo ser estimulada a colaboração neste domínio entre os serviços do Ministério da Saúde e as universidades, a Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica e outras entidades, públicas ou privadas.

2 - Em particular, deve ser promovida a participação portuguesa em programas de investigação no campo da saúde levados a efeito no âmbito das Comunidades Europeias.

3 - As acções de investigação a apoiar devem sempre observar, como princípio orientador, o de que a vida humana é o valor máximo a promover e a salvaguardar em quaisquer circunstâncias.

Base XVIII

Organização do território para o sistema de saúde

1 - A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde.

2 - As regiões de saúde são dotadas de meios de acção bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos.

3 - As regiões podem ser divididas em sub-regiões de saúde, de acordo com as necessidades das populações e a operacionalidade do sistema.

4 - Cada concelho constitui uma área de saúde, mas podem algumas localidades ser incluídas em áreas diferentes das dos concelhos a que

pertençam quando se verifique que tal é indispensável para tornar mais rápida e cómoda a prestação dos cuidados de saúde.

5 - As grandes aglomerações urbanas podem ter organização de saúde própria a estabelecer em lei, tomando em conta as respectivas condições demográficas e sanitárias.

Base XIX

Autoridades de saúde

1 - As autoridades de saúde situam-se a nível nacional, regional e concelhio, para garantir a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, e estão hierarquicamente dependentes do Ministro da Saúde, através do director-geral competente.

2 - As autoridades de saúde têm funções de vigilância das decisões dos órgãos e serviços executivos do Estado em matéria de saúde pública, podendo suspendê-las quando as considerem prejudiciais.

3 - Cabe ainda especialmente às autoridades de saúde:

a) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública para defesa da saúde pública;

b) Ordenar a suspensão de actividade ou o encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública;

c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública;

d) Exercer a vigilância sanitária das fronteiras;

e) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em casos de epidemias graves e outras situações semelhantes.

4 - As funções de autoridade de saúde são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde e são desempenhadas por médicos, preferencialmente da carreira de saúde pública.

5 - Das decisões das autoridades de saúde há sempre recurso hierárquico e contencioso nos termos da lei.

Base XX

Situações de grave emergência

1 - Quando ocorram situações de catástrofe ou de outra grave emergência de saúde, o Ministro da Saúde toma as medidas de excepção que forem indispensáveis, coordenando a actuação dos serviços centrais do Ministério com os órgãos do Serviço Nacional de Saúde e os vários escalões das autoridades de saúde.

2 - Sendo necessário, pode o Governo, nas situações referidas no n.º 1, requisitar, pelo tempo absolutamente indispensável, os profissionais e estabelecimentos de saúde em actividade privada.

Base XXI

Actividade farmacêutica

1 - A actividade farmacêutica abrange a produção, comercialização, importação e exportação de medicamentos e produtos medicamentosos.

2 - A actividade farmacêutica tem legislação especial e fica submetida à disciplina e fiscalização conjuntas dos ministérios competentes, de forma a

garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos e produtos medicamentosos.

3 - A disciplina referida no número anterior incide sobre a instalação de equipamentos produtores e os estabelecimentos distribuidores de medicamentos e produtos medicamentosos e o seu funcionamento.

Base XXII

Ensaio clínico de medicamentos

Os ensaios clínicos de medicamentos são sempre realizados sob direcção e responsabilidade médica, segundo regras a definir em diploma próprio.

Base XXIII

Outras actividades complementares

1 - Estão sujeitas a regras próprias e à disciplina e inspecção do Ministério da Saúde, e, sendo caso disso, dos outros ministérios competentes, as actividades que se destinem a facultar meios materiais ou de organização indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, mesmo quando desempenhadas pelo sector privado.

2 - Incluem-se, nomeadamente, nas actividades referidas no número anterior a colheita e distribuição de produtos biológicos, a produção e distribuição de bens e produtos alimentares, a produção, a comercialização e a instalação de equipamentos e bens de saúde, o estabelecimento e exploração de seguros de saúde e o transporte de doentes.

CAPÍTULO III

Do Serviço Nacional de Saúde

Base XXIV

Características

O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Base XXV

Beneficiários

1 - São beneficiários do Serviço Nacional de saúde todos os cidadãos portugueses.

2 - São igualmente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis.

3 - São ainda beneficiários do Serviço Nacional de saúde os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.

Base XXVI

Organização do Serviço Nacional de Saúde

1 - O Serviço Nacional de Saúde é tutelado pelo Ministro da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo conselho de administração da respectiva administração regional de saúde.

2 - Em cada sub-região existe um coordenador sub-regional de saúde e em cada concelho uma comissão concelhia de saúde.

Base XXVII

Administrações regionais de saúde

1 - As administrações regionais de saúde são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde.

2 - As administrações regionais de saúde são dirigidas por um conselho de administração, cuja composição é definida por lei.

3 - Cabe em especial ao conselho de administração das administrações regionais de saúde:

a) Propor os planos de actividade e o orçamento respectivo, acompanhar a sua execução e deles prestar contas;

b) Orientar, coordenar e acompanhar a gestão do Serviço Nacional de Saúde a nível regional;

c) Representar o Serviço Nacional de Saúde em juízo e fora dele, a nível da região respectiva;

d) Regular a procura entre os estabelecimentos e serviços da região e orientar, coordenar e acompanhar o respectivo funcionamento, sem prejuízo da autonomia de gestão destes consagrada na lei;

e) Contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde na respectiva região, sem prejuízo de acordos de âmbito nacional sobre a mesma matéria;

f) Avaliar permanentemente os resultados obtidos;

g) Coordenar o transporte de doentes, incluindo o que esteja a cargo de entidades privadas.

Base XXVIII

Coordenador sub-regional de saúde

Ao coordenador sub-regional de saúde cabe coadjuvar a administração regional no exercício das suas funções no âmbito da sub-região e exercer as funções que o conselho de administração da administração regional nele delegar.

Base XXIX

Comissões concelhias de saúde

As comissões concelhias de saúde são órgãos consultivos das administrações regionais de saúde em relação a cada concelho da respectiva área de actuação.

Base XXX

Avaliação permanente

- 1 - O funcionamento do Serviço Nacional de Saúde está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa.
- 2 - É igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios.
- 3 - Esta informação é tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços.

Base XXXI

Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde

- 1 - Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais.
- 2 - A lei estabelece, na medida do que seja necessário, as regras próprias sobre o estatuto dos profissionais de saúde, o qual deve ser adequado ao exercício das funções e delimitado pela ética e deontologia profissionais.
- 3 - Aos profissionais dos quadros do Serviço Nacional de Saúde é permitido, em prejuízo das normas que regulam o regime de trabalho de dedicação exclusiva, exercer a actividade privada, não podendo dela resultar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários.
- 4 - É assegurada formação permanente aos profissionais de saúde.

Base XXXII

Médicos

- 1 - Ao pessoal médico cabe no Serviço Nacional de Saúde particular relevo e responsabilidade.
- 2 - É definido na lei o conceito de acto médico.
- 3 - O ingresso dos médicos e a sua permanência no Serviço Nacional de Saúde dependem de inscrição na Ordem dos Médicos.
- 4 - É reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição da deontologia médica, bem como a de participação, em termos a regulamentar, na definição da qualidade técnica mesmo para os actos praticados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, estando-lhe também cometida a fiscalização do exercício livre da actividade médica.
- 5 - A lei regula com a mesma dignidade as carreiras médicas, independentemente de serem estruturadas de acordo com a diferenciação profissional.
- 6 - A lei pode prever que os médicos da carreira hospitalar sejam autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados, em termos a regulamentar.
- 7 - Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem contratar para tarefas específicas médicos do sector privado especialmente qualificados.

Base XXXIII

Financiamento

- 1 - O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado.
- 2 - Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios:

- a) O pagamento de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
- b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente, nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;
- c) O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis;
- d) O pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos;
- e) O produto de rendimentos próprios;
- f) O produto de benemerências ou doações;
- g) O produto da efectivação de responsabilidade dos utentes por infracções às regras da organização e do funcionamento do sistema e por uso doloso dos serviços e do material de saúde.

Base XXXIV

Taxas moderadoras

- 1 - Com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, podem ser cobradas taxas moderadoras, que constituem também receita do Serviço Nacional de Saúde.
- 2 - Das taxas referidas no número anterior são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.

Base XXXV

Benefícios

- 1 - A lei pode especificar as prestações garantidas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou excluir do objecto dessas prestações cuidados não justificados pelo estado de saúde.
- 2 - Só em circunstâncias excepcionais em que seja impossível garantir em Portugal o tratamento nas condições exigíveis de segurança e em que seja possível fazê-lo no estrangeiro, o Serviço Nacional de Saúde suporta as respectivas despesas.

Base XXXVI

Gestão dos hospitais e centros de saúde

- 1 - A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.
- 2 - Nos termos a estabelecer em lei, pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do Serviço Nacional de saúde a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos.

CAPÍTULO IV

Das iniciativas particulares de saúde

Base XXXVII

Apoio ao sector privado

- 1 - O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.

2 - O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.

Base XXXVIII

Instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde

1 - As instituições particulares de solidariedade social com objectivos específicos de saúde intervêm na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, de acordo com a legislação que lhes é própria e a presente lei.

2 - As instituições particulares de solidariedade social ficam sujeitas, no que respeita às suas actividades de saúde, ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na Constituição e na sua legislação própria.

3 - Para além do apoio referido no n.º 2 da base XXXVII, os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas autarquias locais.

Base XXXIX

Organizações de saúde com fins lucrativos

1 - As organizações privadas com objectivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado.

2 - A hospitalização privada, em especial, actua em articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

3 - Compreendem-se na hospitalização privada não apenas as clínicas ou casas de saúde, gerais ou especializadas, mas ainda os estabelecimentos termiais com internamento não pertencentes ao Estado ou às autarquias locais.

Base XL

Profissionais de saúde em regime liberal

1 - Os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão liberal desempenham função de importância social reconhecida e protegida pela lei.

2 - O exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal é regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Farmacêuticos.

3 - O Serviço Nacional de Saúde, os médicos, os farmacêuticos e outros profissionais de saúde em exercício liberal devem prestar-se apoio mútuo.

4 - Os profissionais de saúde em regime liberal devem ser titulares de seguro contra os riscos decorrentes do exercício das suas funções.

Base XLI

Convenções

1 - No quadro estabelecido pelo n.º 3 da base XII, podem ser celebradas convenções com médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível de cuidados diferenciados.

2 - A lei estabelece as condições de celebração de convenções e, em particular, as garantias das entidades convencionadas.

Base XLII

Seguros de saúde

A lei fixa incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Base XLIII

Regulamentação

1 - O Governo deve desenvolver em decretos-leis as bases da presente lei que não sejam imediatamente aplicáveis.

2 - As administrações regionais de saúde devem ser progressivamente implantadas, podendo, numa fase inicial, abranger só parte da zona total ou parte dos serviços prestadores de cuidados.

Base XLIV

Regime transitório

As convenções celebradas com profissionais do Serviço Nacional de Saúde mantêm-se transitoriamente, nos termos dos respectivos contratos, em condições e por período que vierem a ser estabelecidos em diploma regulamentar.

Base XLV

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Aprovada em 12 de Julho de 1990.

O Presidente da Assembleia da República, Vítor Pereira Crespo.

Promulgada em 31 de Julho de 1990.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendada em 3 de Agosto de 1990.

O Primeiro-Ministro, Aníbal António Cavaco Silva.

Anexo 6

Questionário

Caro colega,

No âmbito do VI Mestrado de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, encontro-me presentemente na elaboração da dissertação, cujo tema abrange a problemática da Afectação de Recursos para a Saúde, designadamente a reforma estrutural da saúde e as novas regras empresariais introduzidas nos Hospitais EPE.

Neste contexto, pretende-se conhecer qual a **opinião dos Enfermeiros** no que respeita às **várias medidas de gestão tomadas nos Hospitais E.P.E**, como por exemplo:

- alterações contratuais dos Enfermeiros;
- maior utilização de medicamentos genéricos;
- registos com o objectivo de contabilizar a produtividade.

Anexo um questionário, o qual solicito o favor de responder, ficando garantida a confidencialidade dos dados. Para qualquer esclarecimento contacte para o tlm 91 839 79 34.

O meu obrigado

Susana Oliveira

GRUPO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Sexo:

F ☐₁

M ☐₂

2. Idade (em anos): _____

3. Tempo profissional de Enfermagem (em anos e/ou meses): _____

4. Habilitações académicas:

Bacharelato ☐₁

Licenciatura ☐₂

Pós-graduação ☐₃

Especialidade ☐₄

Mestrado ☐₅

Doutoramento ☐₆

Outro ☐₇

Qual? _____

5. Região (onde exerce a actividade profissional):

Norte ☐₁

Centro ☐₂

Sul ☐₃

GRUPO II – QUESTIONÁRIO

6. Para responder às seguintes questões, **tenha em conta as várias medidas de gestão tomadas no seu local de trabalho** (coloque uma cruz na resposta com a qual se identifica mais):

6.1. As várias medidas de gestão, tomadas nos Hospitais E.P.E, têm utilidade prática?

Nunca ☐ 1	Raramente ☐ 2	Às vezes ☐ 3	Muitas Vezez ☐ 4	Sempre ☐ 5

6.2. Os Enfermeiros estão motivados para aderirem às várias medidas de gestão?

Nunca ☐ 1	Raramente ☐ 2	Às vezes ☐ 3	Muitas Vezez ☐ 4	Sempre ☐ 5

6.3. Na prática, existe algum tipo de influência por parte de outros Enfermeiros, para aderir às várias medidas de gestão?

Nunca ☐ 1	Raramente ☐ 2	Às vezes ☐ 3	Muitas Vezez ☐ 4	Sempre ☐ 5

6.4. Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no tempo dispendido na prestação de cuidados?

Maior tempo dispendido ☐1

Menor tempo dispendido ☐2

Não se reflecte ☐3

6.5. Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no registo da actividade?

Maior número de registos ☐1

Menor número de registos ☐2

Não se reflecte ☐3

6.6. Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, nos custos económicos associados à prestação de cuidados?

Maiores custos económicos ☐₁

Menores custos económicos ☐₂

Não se reflecte ☐₃

6.7. Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, no número de Enfermeiros no serviço?

Maior número de Enfermeiros ☐₁

Menor número de Enfermeiros ☐₂

Não se reflecte ☐₃

6.8. Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na relação com o doente?

Facilita a relação ☐₁

Dificulta a relação ☐₂

Não se reflecte ☐₃

6.9. Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na qualidade dos cuidados de saúde prestados?

Facilita a qualidade ☐₁

Dificulta a qualidade ☐₂

Não se reflecte ☐₃

6.10. Como se reflecte, a adesão às várias medidas de gestão, na valorização da profissão?

Aumenta a valorização ☐₁

Diminui a valorização ☐₂

Não se reflecte ☐₃

6.11. Gostaria de obter mais informações sobre as várias medidas de gestão, introduzidas nos Hospitais EPE?

Sim ☐₁

Não ☐₂

Anexo 7

Questionário do Pré-teste

Caro colega,

No âmbito do VI Mestrado de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, encontro-me presentemente na elaboração da dissertação, cujo tema abrange a problemática da Afectação de Recursos para a Saúde. Concretamente a reforma estrutural da saúde e as novas regras empresariais introduzidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Neste contexto, pretende-se conhecer qual a opinião dos profissionais de Enfermagem no atinente à empresarialização das unidades prestadores de cuidados de saúde.

Anexo um questionário, o qual solicito o favor de responder, ficando garantida a confidencialidade dos dados. Para qualquer esclarecimento contacte para o tlm 91 839 79 34.

GRUPO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Sexo:

F ☐₁

M ☐₂

2. Idade: _____

3. Tempo profissional de Enfermagem: _____

4. Habilitações académicas:

Bacharelato ☐₁

Licenciatura ☐₂

Pós-graduação ☐₃

Especialidade ☐₄

Mestrado ☐₅

Doutoramento ☐₆

Outro ☐₇

Qual? _____

5. Região (onde exerce a actividade profissional):

Norte ☐₁

Centro ☐₂

Sul ☐₃

GRUPO II – QUESTIONÁRIO

8. Para responder às seguintes questões, tenha em conta as várias medidas de gestão tomadas no seu local de trabalho (coloque uma cruz na resposta com a qual se identifica mais):

8.1. As “novas regras empresariais” introduzidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde têm utilidade prática?

Nunca ☐ 1	Raramente ☐ 2	Às vezes ☐ 3	Muitas Vezez ☐ 4	Sempre ☐ 5

8.2. Os Enfermeiros estão motivados para aderirem a esta “nova cultura empresarial”?

Nunca ☐ 1	Raramente ☐ 2	Às vezes ☐ 3	Muitas Vezez ☐ 4	Sempre ☐ 5

8.3. Na prática, existe algum tipo de influência por parte dos seus colegas de trabalho, para aderir às “novas regras empresariais”?

Nunca ☐ 1	Raramente ☐ 2	Às vezes ☐ 3	Muitas Vezez ☐ 4	Sempre ☐ 5

8.4. Como se reflecte a adesão à empresarialização no tempo dispendido nas actividades clínicas?

- Maior tempo dispendido ☐1
- Menor tempo dispendido ☐2
- Não se reflecte ☐3

8.5. Como se reflecte a adesão à empresarialização no registo da actividade?

- Maior número de registos ☐1
- Menor número de registos ☐2
- Não se reflecte ☐3

8.6. Como se reflecte a empresarialização nos custos económicos associados à prestação de cuidados?

Maiores custos económicos ☐₁

Menores custos económicos ☐₂

Não se reflecte ☐₃

8.7. As “novas regras empresariais” têm implicação no número de profissionais no serviço?

Maior número de profissionais ☐₁

Menor número de profissionais ☐₂

Não se reflecte ☐₃

8.8. Como se reflecte a gestão empresarial na relação com o doente?

Facilita a relação ☐₁

Dificulta a relação ☐₂

Não se reflecte ☐₃

8.9. Como se reflecte a gestão empresarial das unidades prestadores de cuidados de saúde na qualidade dos cuidados de saúde prestados?

Facilita a qualidade ☐₁

Dificulta a qualidade ☐₂

Não se reflecte ☐₃

8.10. Como se reflecte a adesão à empresarialização na valorização da profissão?

Aumenta a valorização ☐₁

Diminui a valorização ☐₂

Não se reflecte ☐₃

Anexo 8

Pedido da Autorização dos Hospitais

Exmo.

Conselho de Administração do Hospital de ..., EPE

No âmbito do VI Mestrado de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, encontro-me presentemente na elaboração da dissertação, cujo tema abrange a problemática da afectação de recursos para a saúde, concretamente a reforma estrutural da saúde e as novas regras empresariais introduzidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Neste contexto, pretende-se conhecer qual a opinião dos profissionais de Enfermagem no atinente à empresarialização das unidades prestadores de cuidados de saúde.

Venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para aplicar o questionário aos Enfermeiros destacados para a prestação de cuidados de saúde, na totalidade dos serviços do Hospital.

Pretendo entregar os questionários ao responsável de Enfermagem de cada serviço, após esclarecer sobre o consentimento verbal por parte do inquirido, o contexto, o tema, a garantia de anonimato, a utilização dos dados para fins científicos e académicos, a data de recolha dos questionários, e a pretensão de dar conhecimento dos resultados obtidos.

Anexo um questionário, para que o possa analisar. Para qualquer esclarecimento contacte para o tlm 91 839 79 34.

Fico a aguardar a sua resposta. E, caso esta seja positiva, marcaríamos uma data para a colheita de dados.

Certa da V. Melhor Atenção

Agradeço desde já a V. Compreensão e Colaboração

Susana Oliveira

Porto, ... de ... de 2007