FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2014/2015

Henrique José Maio Gomes Pinheiro Machado

Hospitais Fundação. Uma solução?

agosto, 2015

FMUP

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Henrique José Maio Gomes Pinheiro Machado

Hospitais Fundação. Uma solução?

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração e Gestão Hospitalar

Tipo: Monografia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Arquivos de Medicina

agosto, 2015

FMUP

U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO
UNIDADE CURRICULAR PROJETO DE OPÇÃO DISSERTAÇÃO | MONOGRAFIA

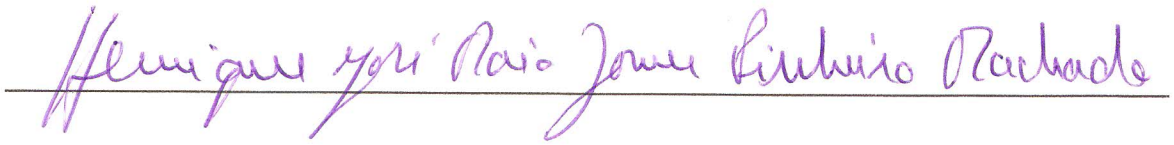
Projeto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Henrique José Maio Gomes Pinheiro Machado, abaixo assinado, nº mecanográfico 199600373, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 04 / 09 / 2015

Assinatura:



U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO
UNIDADE CURRICULAR PROJETO DE OPÇÃO DISSERTAÇÃO / MONOGRAFIA

Projeto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Henrique José Maio Gomes Pinheiro Machado

Endereço electrónico: up199600373@med.up.pt

Telemóvel: 913550909

Número do Bilhete de Identidade: 10059999

Título da Monografia: Hospitais Fundação: uma solução?

Orientador: Prof. Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego

Ano de conclusão: 2015

Designação da área do projeto: Administração e Gestão Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 04 / 09 / 2015

Assinatura:

Henrique José Maio Gomes Pinheiro Machado

Ao meu pai.

À minha mãe.

À minha mulher.

Hospitais Fundação. Uma solução?

Machado, Henrique

Resumo

Os Hospitais Fundação são entidades autónomas, criados com o objetivo de aumentar a diversidade dos prestadores de serviços de saúde, com vantagens na gestão, na independência em relação ao poder central, e na diferente estrutura de governança que os torna mais responsáveis perante as comunidades locais em que estão inseridos.

Este trabalho pretende efetuar uma análise da evolução deste modelo hospitalar evidenciando as suas vantagens e desvantagens e incidindo nos últimos 5 anos. O exemplo paradigmático do NHS Foundation Trust coloca-se como hipótese de aplicação deste modelo em Portugal, considerando a experiência da sua implementação no Reino Unido.

Realizou-se uma revisão sistemática de publicações de 2002 a 2015 acerca do tema, em várias bases de dados e motores de busca, usando vários descritores, combinados ou não, com vista a não limitar o âmbito deste estudo. Os artigos selecionados incidiram essencialmente em aspetos ligados à governança e accountability, aos aspetos inovadores deste modelo, às mudanças introduzidas pela orientação política mais recente, bem como aspetos relacionados com a qualidade na prestação do serviço de saúde e a regulação.

Tendo-se registado uma evolução positiva em termos financeiros, de qualidade, de inovação, e de introdução de mecanismos de mercado, verificou-se que este modelo de gestão hospitalar terá que evoluir no sentido de uma maior accountability, a nível local e das entidades reguladoras, com um correspondente aumento do poder dos supervisores locais para que sejam satisfeitos as necessidades dos doentes. Considera-se também a aplicação do modelo de Hospital Fundação em Portugal como uma proposta valida para a evolução do SNS como forma de colmatar as falhas no modelo hospitalar português.

Palavras-chave: NHS Foundation Trust, Hospital Foundation, Governance, Accountability, Hospital Management.

Abstract

The Foundation Trusts are autonomous entities, created to diversify the health services, with advantages in management, independence from the state, and in the diferent governance structure that makes them more accountable to the local comunities they serve.

This work analises this model evolution, accordingly to its advantages and disadvantages, predominantly in the last 5 years. The most common example of this is the NHS Foundation Trust that is considered to be applied in Portugal, considering its evolution in Britain.

It was made a sistematic review of publications about this theme, between 2002 and 2015, in several databases and search engines, using several keywords, combined or not, so this work is not limited. The sellected articles were mostly about governance and accountability, this model inovations, the recent political changes made, as well as about quality of service and regulation.

It was registered a positive evolution in this model finances, quality of service, inovation, and market based modifications, as well as it was found that this health model will have to evolve, improving the local and regulatory accountability, with the local supervision empowerrment, so that the needs of patioents be met. It is also considered this model application in Portugal as a valid option to the portuguese health systme evolution, as a means to solve the actual system flaws.

Keywords: NHS Foundation Trust, Hospital Foundation, Governance, Accountability, Hospital Management.

Introdução

Sendo a insustentabilidade financeira do estado cada vez mais uma realidade e a despesa com a saúde corresponder a uma grande fatia do orçamento público, existe uma inevitabilidade de repensar o modelo de governança dos hospitais portugueses, de forma a ir ao encontro das necessidades e expectativas da população, e ao mesmo tempo aumentar a qualidade e eficiência.

Temos assistido nas últimas décadas a mudanças inovadoras nas estruturas dos serviços de saúde em todo o mundo, de onde se destacam no Reino Unido, os Hospitais Fundação (NHS Foundation Trusts - FT). Estas entidades autónomas, com personalidade jurídica própria, foram introduzidas como como parte de uma política de descentralização da gestão das organizações públicas de saúde (1). Fazem parte de uma estratégia, que está a ter força crescente, para devolver a responsabilização do funcionamento de determinados serviços ao público, através do envolvimento deste, neste caso nos aspetos que dizem respeito à saúde. Sendo outro dos objetivos desta reforma, criar incentivos junto das entidades prestadoras de serviços, para que estas possam desenvolver serviços de maior qualidade e de uma forma mais eficiente.

Assim, este trabalho pretende analisar como evoluiu nos últimos anos este novo modelo de administração hospitalar em termos de governança e gestão, à luz da experiência britânica com os NHS Foundation Trust, por se tratar do modelo mais desenvolvido e cuja estrutura e funcionamento estão mais estudados.

Pretende-se também avaliar em que medida é que esta descentralização de poder e responsabilidades melhorou os índices de qualidade, produtividade e eficiência; bem como orientar este trabalho numa perspetiva mais empreendedora, explorando as características de mercado mais implementadas. O objetivo é explorar o modelo de governança numa perspetiva democrática, empresarial e de empreendedorismo.

Com base numa avaliação anterior de Rego et al (2), pretende-se também apreciar em que medida os FT têm aplicabilidade em Portugal, à luz da evolução dos NHS FTs britânicos, decorrentes de 11 anos da sua implementação, e dando especial atenção aos últimos 5 anos onde ocorreu uma segunda vaga de reformas, com os seus correspondentes acertos, correções e melhoramentos.

Desta forma, o que se pretende com este trabalho é analisar a evolução do conceito de Hospital Fundação, com especial incidência no modelo britânico, e averiguar se se mantém como uma proposta válida para um novo modelo de administração hospitalar em Portugal.

O Hospital Fundação

A nível mundial, o Reino Unido tem estado na vanguarda da promoção de um sistema de saúde centrado no paciente e no envolvimento do público, desde a criação dos Conselhos Comunitários de Saúde (Community Health Councils), em 1973 (3), até à criação dos Hospitais Fundação (NHS Foundation Trusts), em 2004.

Trata-se de um sistema nacional de saúde financiado pelo estado através dos impostos, em que os serviços de saúde estão disponíveis de acordo com a necessidade e facilmente acessíveis, com um copagamento limitado.

O NHS Foundation Trust (FT) é um organismo criado no Reino Unido com a Lei dos Cuidados Sociais e da Saúde (Health and Social Care Act) de Novembro de 2003, com o objetivo de descentralizar o sistema de saúde, delegando poder e responsabilidade de supervisão (accountability) às comunidades locais, com vista a um funcionamento mais eficiente e equitativo. Com a autonomia para inovar, desenvolver parcerias e serviços, pretende-se com o FT que haja maior correspondência às necessidades e expectativas da população e um aumento da qualidade (4).

Pode-se caracterizar os FTs, de uma forma breve, como sendo hospitais públicos livres do controlo direto do governo central, que são autorizados e regulados por uma entidade reguladora independente (Monitor) e que têm maior flexibilidade para melhorar a sua prestação de serviços (5), que têm mais liberdade para investir e desinvestir, que não estão obrigados a submeter relatórios financeiros ao governo central (6), que têm o direito de trabalhar com parceiros privados, de qualquer sector, e que podem reter capital sobrante para investir no desenvolvimento de serviços (5).

O objetivo foi criar uma estrutura organizativa de alta performance e eficiência, com maior liberdade financeira e de gestão, contrabalançada com um sistema de accountability e de governança específicos (7).

Com a introdução dos NHS Foundation Trusts, o sistema de saúde britânico acelerou o seu desenvolvimento no sentido de uma maior responsabilização em relação ao público e aos pacientes, na gestão, prestação, desenvolvimento e supervisão deste serviço público de saúde (1).

Assim, a criação dos NHS Foundation Trusts estabeleceram o potencial para uma maior ligação entre os hospitais e as comunidades locais em que se inserem. Enquanto pertencentes ao NHS, foi criado um Conselho de Governadores (Board of Governors) que é eleito pelo público, e que aconselha e supervisiona o órgão de gestão responsável. (7).

Esta estratégia está a ser implementada em vários graus, um pouco por todo o mundo e está de acordo com a tendência atual de separação entre o governo e a prestação de serviços públicos, conhecida como New Public Management (8).

Este envolvimento do público nos serviços de saúde é já uma política instituída formalmente em muitos sistemas de saúde (9). Existe inclusive uma recomendação do Conselho Europeu, para que a participação dos cidadãos seja aplicada a todos os níveis de um sistema de saúde, incluindo o estabelecimento de prioridades e tomadas de decisão a nível nacional, regional e local, em que o público participe partindo de dentro dessas instituições de saúde (10).

Este modelo de hospital no NHS britânico serviu de modelo e continua a inspirar outros países na Europa, América e Ásia. Por exemplo, nos países nórdicos um número significativo de hospitais financiados pelo estado foi reorganizado tornando-se empresas públicas de gestão quase independente. Esta tendência de descentralizar as estruturas de gestão é particularmente evidente em hospitais noruegueses, em que as responsabilidades sobre o pessoal e o capital financeiro foram delegadas ao nível de hospitais-empresa (11). Em Itália, grandes hospitais (chamados Aziende Ospedaliere) receberam maior autonomia, financeira e de tomada de decisões, e foi-lhes garantido o estatuto de hospital-empresa semi-independente (12). Do mesmo modo, foram criados em Espanha e Portugal várias formas autonomia para os hospitais (13).

O Serviço Nacional de Saúde português (SNS) é em tudo semelhante ao NHS, exceto na tradição já longa da participação do público na gestão e tomada de decisões da saúde pela via da eleição direta para órgãos de gestão e supervisão específicos. Pensamos que este modelo de responsabilização (accountability) poderá ser uma solução para a evolução do modelo português de sistema de saúde, no sentido de o tornar mais eficiente e equitativo, mais centrado no paciente com necessidade de saúde, que é e deve ser o primeiro e o último benificiário da existência de tal sistema.

A estrutura organizativa funciona segundo um modelo democrático, assegurando a representatividade da população local. O FT possui um Corpo de Membros (Membership Body) é constituído por todos os residentes locais, pacientes, funcionários (staff), fornecedores e outras partes interessados (Stakeholders) que, segundo as regras individuais estabelecidas pelos próprios FTs, elegem representantes, por sufrágio direto, para o Board of Governors e podendo também candidatar-se a ser eleitos para esse Board (14).

É assim criada a figura do Stakeholder, que são todos os participantes e beneficiários no funcionamento do Foundation Trust, como sendo doentes, funcionários, organizações de

saúde locais, autoridades locais, fornecedores, Universidades, e demais parceiros, que passam a ter a possibilidade de influenciar o funcionamento e orientação estratégica do NHS Foundation Trust. (14).

Por sua vez o Conselho de Governadores (Governors) tem uma composição algo flexível, que varia de local para local. Está definido como sendo constituído por uma maioria de membros eleitos pela população, incluindo pelo menos um representante dos cuidados primários, um representante das autoridades locais, pelo menos três representantes dos trabalhadores e um representante da universidade em que o hospital possa estar associado (15).

Embora esteja estabelecido que os habitantes locais devem ter uma maioria de representantes no Board of Governors, os métodos de eleição e a constituição destes conselhos não é uniforme em todos os FTs (16). Cada FT tem a liberdade de organizar o corpo de membros e o processo eleitoral, resultando numa considerável diversidade de métodos e estruturas dos Boards (17).

As diretivas estatais descrevem esta estrutura como um modelo com base mutualista ou cooperativo, no entanto Wright et al, 2012 argumentam que não é claro que os FTs tenham cumprido esta indicação à risca. Funcionando assim segundo uma “autonomia obtida”, em que os seus Board of Directors são supervisionados pelos Board of Governors, em vez da autoridade estatal para a saúde (18).

O papel do Board of Governors, tem o poder de eleger o Presidente e os Membros Não-Executivos do (Board of Directors), bem como aprovar a nomeação do Diretor Executivo (Chief Executive Officer - CEO).

Por seu lado os Governors têm o poder de eleger o Presidente do NHS Foundation Trust (Chairman) e os Membros Não-Executivos do Conselho de Diretores (Board of Directors), aprovar a nomeação do Diretor Executivo (Chief Executive Officer - CEO) e supervisionar a atuação dos Diretores (19)

O Board of Governors certifica-se de que o Foundation Trust atua dentro dos limites da licença que lhe foi concedida pela entidade reguladora (Monitor), aprova o relatório de contas anual, e participa na sua orientação estratégica, correspondendo às necessidades da população local. (DH Governance 2009) Têm a obrigação de informar os seus constituintes eleitores, e informar o Monitor se tiverem dúvidas em relação ao Board of Directors, que não possam ser resolvidas e nível local.

Inicialmente pouca informação foi fornecida sobre o formato em as opiniões de membros e Governors deveriam ser incorporadas nas decisões estratégicas. Um documento que contribuiu para tal e veio clarificar esta função em 2009, foi a diretiva do Monitor acerca do papel dos Governors, que delineava três áreas específicas de atuação:

- Primeiro, deveres estatutários, que consistem na nomeação ou destituição do Presidente do Conselho de Governadores e Conselho Executivo (que é a mesma pessoa); dos Diretores Não-Executivos e dos Auditores; aprovar a nomeação do Diretor Executivo do FT (CEO); decidir a remuneração do Presidente e dos Diretores Não-Executivos; e receber o relatório de contas e atividades anual do FT.

- Segundo, o papel do Board of Governors é responsabilizar o Board of Directors coletivamente pela performance do FT.

- Terceiro, é esperado que os Governors se envolvam numa variedade de outras atividades, tais como reuniões com os seus constituintes eleitores, servir como voz dos pacientes no que diz respeito à sua experiência no FT e desenvolver uma estratégia dos membros.

Existem também, determinadas indicações estatutárias que mencionam que os Governors podem destituir o Director Executivo com 75% dos votos. (7)

O Presidente do Board of Governors é também o Presidente do Board of Directors, funcionando como elo de ligação entre os dois Conselhos. Isto significa não só que o Presidente dos Governors está representado no Board of Directors, mas também que o Board of Directors tem uma presença junto dos Governors. Se esta relação leva a um controlo dos Governors a favor do interesse dos Directors ou a uma voz mais forte dos Governors junto dos Directors depende em larga medida na forma como estas entidades se relacionam localmente.

O Conselho de Diretores (Board of Directors) é constituído por Diretores Executivos e Não-Executivos, possui em média 7 membros e pelo menos um terço dos seus membros deve ser Não-Executivo e nomeado pelo Conselho de Governadores (1).

O Board of Directors é liderado por um Diretor Executivo (Chief Executive Officer- CEO) que tem que ser aprovado pelo Board of Governors. (20)

O Board of Directors é responsável pela gestão diária da organização e tem como função aumentar a sua eficiência e qualidade. Os administradores executivos são funcionários do hospital e responsáveis pela gestão operacional, respondem ao Diretor Executivo. Os Diretores Não-Executivos são membros da comunidade local, responsáveis por supervisionar a atividade executiva, por presidir a comissões consultivas e por projetos especiais. Não prestam contas ao Diretor Executivo, por isso contribuem com uma nova perspetiva no apoio à gestão.

O Board of Directors para além de responsável pela gestão diária da organização, também toma decisões estratégicas, que neste caso deverão ser tomadas em conjunto com o Board of Governors (20)

A insustentabilidade financeira do estado, agravada por um aumento da despesa com a saúde leva a que se olhe mais de perto para novos modelos de gestão hospitalar, com especial atenção a novos modelos de governança como forma de corresponder às expectativas legítimas da população e ao direito inalienável de acesso a um sistema de saúde, que se quer equitativo e universal, baseado não na capacidade de pagar, mas nas necessidades do doente (21).

Segundo este novo tipo de governança, os FTs existem como organizações independentes de interesse público, segundo um modelo mutualista e cooperativo. Neste caso pretende-se substituir a propriedade pública por uma "propriedade social" em que os cidadãos e funcionários possam usufruir de direitos de participação e ter um papel formal na governança das instituições (22, 23), tornando, deste modo, a gestão mais adequada às necessidades população local. Esta maior autonomia e responsabilização perante a sociedade civil traz vantagens de transparência, qualidade, eficiência, inovação, performance financeira, beneficiando por isso o paciente e as suas necessidades.

Uma revisão da literatura sugere que há vários tipos de vantagens no envolvimento do público na tomada de decisões.

Material e Métodos

Com este trabalho pretendeu-se fazer uma revisão sistemática do progresso dos NHS Foundation Trusts desde a sua criação, em 2003, dando particular relevo à sua evolução nos últimos 5 anos, de 2010 até à atualidade.

A pesquisa foi direcionada para descobrir até que ponto o modelo dos Hospitais Fundação (sendo o exemplo paradigmático o NHS FT) poderão ser uma solução de futuro com aplicabilidade em Portugal, e assim um caminho evolutivo para o nosso SNS.

A avaliação da evolução do FT tem várias vertentes, como sendo o modelo de governança, a participação dos vários stakeholders no processo de decisão e os vários aspetos inovadores de gestão, pelo que uma pesquisa baseada em palavras-chave estritas iria diminuir o alcance deste trabalho que se pretende abrangente em todas as vertentes deste modelo.

Tendo em consideração que este é um tema muito vasto, que engloba várias áreas da administração hospitalar, foram realizadas pesquisas exaustivas em vários motores de busca e nas Bases de Dados – PubMed / MeSH, EBSCO Host, Science Direct, ISI Web of Science, Scopus e B On.

Foram utilizadas não só palavras livres, em inglês, associadas a este tema, como sendo “Foundation Trust”, “NHS Foundation Trust”, “Governance”, “Accountability”, ”Hospital Foundation Trust evaluation”, “Health Administration”, “New Public Management”, quer combinadas, quer isoladas, como também os termos MeSH: “Hospital (organization and administration)”, “Great Britain”, “Hospitals, Public (economics)”, “State Medicine”, “Efficiency, Organizational”, “Foundations (economics)”, “Financial Management, Hospital”, “Humans”; e as Áreas de Pesquisa: “Health Care Sciences and Services”, “Business and Economics”, “Health Administration”.

Foi também realizada uma pesquisa e avaliação breve da literatura corrente relacionada com o tema para, numa fase inicial, se obter uma visão mais alargada acerca do que os FT significam para a sociedade, profissionais e restantes stakeholders. Encontrou-se em algumas

bases de dados mais generalistas ou com pendor económico e de gestão, alguns artigos de periódicos científicos, de revistas académicas fora da área da medicina, de áreas económicas, de negócios, publicações comerciais, notícias, e também associadas a outras áreas da saúde, como à enfermagem e à indústria farmacêutica.

De seguida foram efetuadas pesquisas manuais, por citações e artigos de referência relacionados, incidindo na seleção dos mais recentes. Para esta pesquisa suplementar usou-se o Google Académico tendo-se conseguido complementar a revisão com textos mais atuais, visto tratar-se de uma base de dados livre e não indexada.

Como não foram estabelecidos limites estritos, estas pesquisas deram origem a um número elevado de artigos.

De seguida, tendo sido eliminados os artigos repetidos, que foram encontrados nos vários motores de busca, chegou-se ao número final de trabalhos para analisar o conteúdo temático.

Na seleção de artigos por relevância foram excluídos os que não estavam diretamente relacionados com o tema, por análise dos títulos, depois por resumos, e finalmente por uma leitura mais pormenorizada dos textos.

Não foram excluídos os trabalhos que, não tendo relação direta com o funcionamento do FT e a sua evolução, se incluem nos temas New Public Management e reformas do NHS, e que poderiam ser esclarecedores para compreender o caminho percorrido e que se pretende trilhar no Reino Unido.

Quanto aos anos de publicação dos artigos, foi dado especial importância aos que foram publicados entre 2010 e 2015, não excluindo, no entanto, trabalhos anteriores a essas datas, pertinentes para justificar uma ou outra fundamentação de base.

De todos os artigos identificados foi feita uma seleção dos mais relevantes, tendo-se chegado a 32 artigos examinados, diretamente relacionados com os temas em estudo.

Discussão

Aspetos da governança e accountability

Os FT continuam a fazer parte do NHS, mas com maior independência e liberdade, para desenvolver o seu conselho de administração e estruturas de governança, de forma a assegurar o envolvimento mais efetivo dos pacientes, funcionários, comunidade local e outros intervenientes (24). Um dos principais objetivos foi o envolvimento de todos os stakeholders. Segundo esta premissa os NHS FT funcionariam segundo um tipo de governança que permitiria aos residentes locais uma oportunidade real para influenciar a orientação geral e o seu desenvolvimento estratégico.

O objetivo é que sejam mais responsabilizados perante as comunidades locais e consequentemente mais livres. Com mais flexibilidade em diversificar serviços e mais liberdade para investir ou desinvestir (5).

Existem já diversos estudos recentes que permitem avaliar o impacto que estas reformas causaram e a profundidade da aplicação das novas regras de governança, que sua maioria, vieram confirmar os estudos iniciais.

Um estudo realizado em 2010 por Dixon et al, baseado em análise de documentos e de entrevistas a responsáveis de Foundation Trusts, refere que embora tenha sido parcialmente removida a accountability vertical em relação ao Estado (Department of Health) os Directors continuam a percecionar uma forte responsabilização em relação ao regulador estatal (Monitor), em especial no que diz respeito à performance financeira. Em relação à responsabilização pela população local, através dos seus representantes, referem que continua pouco significativa. Concluiu-se que a accountability terá que ser simplificada, clarificada e fortalecida (25).

Já em 2008, Lewis and Hinton, do King's Fund, analisando a primeira vaga de NHS Foundation Trusts no que diz respeito à relação entre Governors e Directors, como resultado de um estudo de caso, chegaram à conclusão de que o papel de Governor ainda é ambíguo e difícil de definir. Com os membros do Board of Governors a referirem que a sua atuação teve pouco impacto na atuação do Trust. Não deixando porém de se notar um envolvimento crescente do público e dos Governors nas atividades do Trust. Deste modo, a não ser que sejam reestruturados os critérios de governança local, tornando-os mais práticos, a descentralização dos serviços pode levar a uma perda de accountability pelo público (26).

De facto, os NHS FT usaram o aumento de autonomia que lhes foi concedida para desenvolver práticas mais semelhantes a um negócio. Mas na parte da accountability nem todos os Governors conseguiram fazer uma supervisão eficaz, bem como há evidência que as suas capacidades foram subaproveitadas pelas novas estruturas de Governance. Há uma ampla constatação de que os mecanismos de supervisão e responsabilização local continuam difíceis de efetivar. A intenção do governo foi tornar os FT mais responsivos às necessidades locais, por outro lado os seus detratores alertaram para o fato de poder haver menos equidade no acesso, devido à exigência no cumprimento de aspetos financeiros. Por isto, é evidente e necessário um reforço do papel do público e dos seus representantes no FT e um comprometimento com um aumento do seu papel supervisor (27).

Já em 2013, Endacott et al, encontraram uma dinâmica nas reuniões dos Boards que não se refletiam nas minutas dessas reuniões, notando uma falta de transparência entre o que se passava realmente e o que era refletido em ata (28). Comprovou deste modo os achados de Peck et al que tinham já verificado que o público que assistia às reuniões dos Boards considerava as atas breves e pouco representativas do que realmente se tinha passado na reunião (29). Notou-se também nas reuniões uma tendência para que o Presidente ditasse a orientação dos temas a discutir, com focalização em assuntos processuais, em vez de se focalizarem em aspetos clínicos, com vista ao aumento da amplitude, custo e qualidade clínica, sem no entanto haver diferenças de nível e qualidade na discussão entre os Diretores

Executivos e Não-Executivos. Notou-se também uma dificuldade acrescida no acesso e disponibilização das minutas das reuniões dos FT, que supostamente deveriam ser públicas. Concluiu-se assim, que a estrutura de dois Boards dos NHS FT reduz a transparência das decisões dos Directors e por isso diminui a accountability e escrutínio local, havendo necessidade de maior transparência nestes aspetos (28).

Também Woodward et al avaliaram a disponibilidade das atas das reuniões dos Boards nos websites de FT e verificaram a existência de dificuldades no acesso às suas minutas, levando a uma redução importante da transparência (30).

Um estudo de três NHS FT, baseado em entrevistas e nas perceções do Staff, chegou à conclusão de que o processo de consulta pública era um fardo pesado para o executivo e que o cumprimento era apenas cerimonial, notando-se a exclusão do Board of Governors nas reuniões (31). Embora se considerem como benefícios a auscultação de perto da opinião pública e o Board of Governors funcionar como caixa-de-ressonância em relação a novas iniciativas, sobretudo para que estas reflitam o que os pacientes querem, estes aspetos foram considerados uma fachada. Constatou-se que os Board of Directors retiravam todos os aspetos vitais, que pudessem afetar a gestão operacional, da informação prestada nas reuniões do Board of Governors, acabando estas por ter pouco ou nenhum impacto. Tendo-se verificado também a ocorrência de “manobras” por parte da gestão com o intuito de condicionar os Governors antes das reuniões (31).

Um sistema moderno de saúde que se pretenda como universal, ou que seja tendencialmente universal, financiado pelo estado, é sempre um desafio em que o público deve ter uma palavra a dizer (32).

Enquanto o envolvimento dos pacientes é considerado central, persiste uma discrepância entre os valores e objetivos mencionados e a prática real.

O envolvimento dos Governors leigos como forma de encontrar uma forma de governança que envolva as comunidades locais e melhore a segurança dos pacientes também foi estudado por Ocloo et al. Este mostrou que os Governors fundamentalmente não estão envolvidos em tudo, havendo apenas algum envolvimento na segurança do paciente. Mesmo depois do HSCA de 2012, que pretendeu reforçar o papel dos Governors, verificou-se a falta de envolvimento destes nos aspetos da segurança do paciente, sendo que será necessário um reforço do seu poder que facilite o seu envolvimento neste aspeto da governança, de modo a que lhes seja dado acesso à informação no que diz respeito à segurança do paciente. Para além disto torna-se necessário agir para conferir poder efetivo aos Governors, especificando qual o seu papel, através do aumento do treino, conhecimentos, apoio e facilidade de acesso à informação (33).

Estes mecanismos de governança têm maior possibilidade em gerar mais participação e aumentar a focalização no paciente, do que uma estrutura top-down (34), no entanto, os termos de participação ainda não estão bem definidos. Sugere-se que os governadores funcionem como meta-reguladores que levem o FT a prestar mais atenção aos valores sociais, pois é difícil para as entidades reguladoras estatais (Monitor e CQC) serem capazes de verificar cada situação de incumprimento (35).

Também um estudo realizado em 2013, baseado em entrevistas a stakeholders-chave pretendeu avaliar até que ponto existe uma falha no envolvimento dos pacientes e na prestação de cuidados de saúde à volta do paciente, em relação aos valores pretendidos e o que é praticado na realidade. Segundo Lord e Gale, embora seja regularmente citado o envolvimento dos pacientes como sendo importante, existe uma lacuna entre estes valores e o que é realizado na prática. Sendo um dos principais problemas de implementação deste estudo o fato de, quer os pacientes quer o público em geral, não serem percecionados como bem colocados a nível estratégico para auxiliar na mudança. Por isso concluem frequentemente que a forma como se tratam os assuntos passa na maior parte dos casos sem ser colocada em causa. Contudo, é uma solução muito aventada e que uma melhor

preparação e influência dos stakeholders e dos representantes nos Boards, bem como a inclusão de médicos e profissionais ligados à saúde, que estão “dentro” do sistema e que têm o dever ético de zelar pelos pacientes, leva a melhores resultados (36).

Deste modo, conclui-se que as eleições por si só não são suficientes e que é necessário uma definição mais específica de funções, maior treino dos participantes e mecanismos mais apropriados para evitar a frustração das intenções iniciais.

Em 2014, Pizzo et al, realizaram um estudo para avaliar o custo-benefício do envolvimento do público nas decisões que dizem respeito ao sistema de saúde, dada a crise financeira mundial. Procuraram avaliar o impacto do recente aumento de participação do público, tanto no Reino Unido como a nível internacional, como forma de modelar a tomada de decisões na saúde e de assegurar um sistema de saúde mais focalizado no paciente. Porém a conclusão a que chegaram prendeu-se com o fato de não haver ainda suficiente informação que permita avaliar esta questão, principalmente devido a custos que ainda permanecem ocultos (37).

Em 2010, um estudo concluiu que, ao contrário dos objetivos das grandes linhas de orientação política em dar maior autonomia aos FT e de os tornar mais responsáveis junto das populações locais, os FT continuam a olhar para cima, em vez de para baixo (32). Assim, continua-se a criar Boards com funções vagas que servem, não para decidir, mas apenas para “serem ouvidos”, o que pouco motiva o público a envolver-se. Deste modo, será necessário reforçar não só o poder destes membros eleitos, no que diz respeito à supervisão, como também aumentar a ligação do público aos seus representantes neste sistema de saúde. Sendo uma solução proposta esta supervisão passar para o poder local (32).

A tendência é para envolver o público no formato da organização e na prestação de cuidados de saúde, alinhando estes serviços com o público que eles pretendem servir. A reforma dos sistemas de saúde em todo o mundo abraçaram o NPM que pretende devolver às comunidades locais a estruturação dos serviços públicos. Consonante com a existência de um consumidor mais informado e exigente. Construir uma comunidade empenhada e

participativa demora tempo, exige uma comunicação aberta e transparente que crie confiança entre o público e o fornecedor do serviço, e que leve ao envolvimento mais ativo daquele (38). Hoje, mais do que nunca, este corolário aplica-se fruto da depressão económica que leva naturalmente a uma maior exigência por parte do consumidor acerca de onde e com quem pretende gastar o seu dinheiro, escolhendo de acordo com a qualidade da prestação do serviço, seja ele público ou privado.

Uma comunidade com uma voz forte é valiosa para o envolvimento do público na governança de organizações de saúde (39). Contudo, embora o fato de o público ser membro eleitor do FT ter melhorado a componente de legitimação em relação aos serviços prestados, a estrutura de governança não produziu influência significativa do staff na tomada de decisões (40).

Numa nota de interesse para o tema em estudo, comparando experiências semelhantes ocorridas em outros países evidenciamos os casos da Escócia e da Nova Zelândia, como tendo estruturas de governança semelhantes.

A experiência de eleições nos Regional Health Boards na Escócia, no sentido de democratizar a administração pública de saúde, embora apresentando resultados surpreendentes, nem as eleições estabeleceram um elevado interesse do público, (devido a falta de interesse e da inexistência de informação acerca dos candidatos e das funções que ocupam), nem revolucionaram a estrutura de accountability pois os membros eleitos frequentemente aceitaram as normas já existentes e que os desencorajaram de ser um fio condutor da opinião pública (41).

Do mesmo modo, a experiência da Nova Zelândia, que tem eleições diretas para órgãos distritais de gestão da saúde (District Health Boards) desde 2001, revela que órgãos de gestão da saúde eleitos diretamente podem não ser o melhor mecanismo para aumentar a participação do público. O declínio de afluência às urnas, a abstenção superior a metade dos votantes, a perda de interesse e o desconhecimento da realização de eleições são apontados

como causas desvantajosas deste sistema misto. Sendo que os aspetos mais positivos prendem-se com o envolvimento real do público nestas matérias, incluindo na supervisão e na governança. Pelo que, se o objetivo é aumentar a participação pública, será necessário complementar a atuação destes órgãos eleitos com outros canais de participação (42).

Outros aspetos da gestão

Num estudo que avaliou a performance de FT versus Não-FT e que pretendeu abranger várias áreas: financeira, qualidade clínica e satisfação do staff, Verzulli et al concluiram não haver grandes diferenças, sendo que a introdução do FT pareceu à partida não trazer mudanças significativas. Há pouca evidência que a ligeira superioridade de performance do FT reflita a verdadeira performance em medidas de eficiência, qualidade de tratamento e satisfação do staff. E colocam em causa se os custos de operar FT justificam os benefícios (43). Talvez a introdução de concorrência beneficie o público e destaque os FT, pela sua flexibilidade na gestão, pelo que é considerada o passo seguinte a ser dado.

No que diz respeito às questões financeiras, o regulador independente dos FT (Monitor) já alerta desde 2012, para a possibilidade de os FT terem que enfrentar problemas de liquidez, devido aos sucessivos cortes orçamentais que se têm vindo a efetuar (44). Contudo, a maior flexibilidade dos FT em se ajustarem aos cortes e à crise leva a que se mantenha a satisfação de utentes e profissionais.

Os NHS FT fazem parte de uma reforma mais ampla do setor público conhecida como New Public Management (NPM), iniciado nos anos 90 (45), que se baseia na aplicação de mecanismos de gestão usados no setor privado à atividade do setor público, como forma de

melhorar aspetos chave da performance administrativa de uma entidade, no que diz respeito à eficiência, qualidade e accountability.

O Reino Unido abraçou profundamente o NPM que se pode considerar que está profundamente enraizado nestes países, No entanto está longe de atingir os objetivos de performance pretendidos. Verifica-se também que na perceção do público em relação ao NPM, a estratégia empreendedora correlaciona-se com uma perspetiva positiva, sendo que a confiança das pessoas no NPM também varia de acordo com as dificuldades socioeconómicas.

No que diz respeito à evolução da autonomia dos Foundation Trusts, Exworthy et al, referem num estudo de 2011, que permanecem dúvidas em relação à aplicação desta política. A autonomia está prevista na lei, contudo a sua implementação continua a ser limitada devido à falta de vontade dos Trusts em exercer essa autonomia. Esta atuação traduz-se numa centralização continuada, regras menos claras, receios de impacto negativo junto dos outros stakeholders, entre outros. Deste modo, ainda está por esclarecer se os Foundation Trusts constituem a solução para os problemas do NHS (46).

A pesquisa efetuada para este trabalho, na vertente dos aspetos inovadores deste modelo de gestão hospitalar, a liberdade financeira e de gestão permitiu mudanças administrativas, de gestão e financiamento, vindas de um conceito de funcionamento de mercado e que se podem revelar vantajosas, como sendo aspetos relacionados com empreendedorismo, sponsorship (patrocínos), sistema de incentivos e mesmo alterações na cultura do local de trabalho.

A atração de clientes internacionais, um caso raro de empreendedorismo no setor público, não teria sido possível sem o aumento de autonomia financeira e de gestão dos FT que

permitiu diversificar a receita, procurando outros mercados. Esta estratégia é especialmente vantajosa para hospitais públicos que têm uma reputação como centros de prestação de cuidados de excelência. Deste modo os Directors dos FT puderam desenvolver esta fonte de receita como forma de responder aos desafios do atual clima financeiro, um exemplo positivo que envolveu vários stakeholders no processo (47).

Outras formas inovadoras na obtenção de financiamento, como sendo doações ou apoios através de patrocínios, revelaram-se bem-sucedidos dentro de determinadas regras padrão-ouro e apresentaram melhoria no atendimento ao doente. Embora a figura dos patrocínios (Sponsorship) já exista há mais anos do que os FT, e apesar de estarem amplamente disseminado, de funcionarem segundo parâmetros de transparência bem estabelecidos, e de se revelarem uma forma de angariar fundos com vista a uma melhoria na prestação de cuidados de saúde, vários estudos sugerem que a sua aplicação no contexto de um FT traz benefícios no que diz respeito à flexibilidade na alocação de recursos financeiros, inclusive para outras áreas do hospital. No geral revela-se uma experiência positiva na melhoria do serviço ao paciente, bem como em aspetos específicos, como sendo a formação e treino de novos e antigos funcionários, aquisição de material e equipamento necessário (48).

O pagamento de incentivos pela performance foi uma das inovações mais significativas introduzidas pelo FT. Oferecer incentivos adicionais e aumentar a moral dos funcionários, melhorou a performance e impulsionou e motivou o staff. Podemos considerar que o FT foi necessário para a sobrevivência do NHS, porque significou eliminar procedimentos burocráticos, abrindo caminho para maior independência na gestão e a processos de decisão mais rápidos. De tal maneira que alguns dos atores compararam o ambiente de trabalho no FT com o ambiente de trabalho no setor privado (31). Constata-se que as novas estruturas de

governança permitiram apoiar a inovação, em vez de serem um fator inibidor do desenvolvimento de novos procedimentos.

Uma nota adicional acerca de outra das vantagens que a flexibilidade organizacional do FT permite, prende-se com a maior diversidade na ocupação de cargos nos Board of Directors dos FT. Aumenta a participação dos médicos e outros profissionais de saúde em cargos de gestão que é considerada cada vez mais desejada e necessária. Comparações a nível internacional efetuadas por Edmonstone, 2014, serviram para reforçar a importância da participação de líderes com formação clínica terem autoridade efetiva para realizar mudanças. Sendo que um estudo (49) revela que uma forte representação de clínicos ao nível dos Boards leva a uma diferença significativa para melhor nos desafios relativos à eficácia clínica das instituições (50).

Num estudo publicado em 2014 sobre segurança dos pacientes efetivada pelos Boards verificou-se que Directors com experiência clínica continuaram a ser minoritários apesar das diretivas nacionais para aumentar a sua representatividade (51).

Dentro da mesma linha, estudos realizados nos EUA (52, 53) sugerem que a presença de membros com experiência clínica nos Boards está diretamente associada a melhor performance dos hospitais. Outro estudo no Reino Unido reflete que a maior presença de médicos nos Boards está associada a melhor qualidade no serviço de saúde e que o aumento do papel dos médicos nas posições de liderança, é fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos tratamentos e do serviço ao público (54).

As mudanças introduzidas com o Health and Social Care Act de 2012

O novo governo de coligação conservador-liberal estabeleceu a orientação política atual, com o Health and Social Care Act de 2012, direcionada para uma economia de mercado crescente

no NHS. Deste modo, para além de aumentar a concorrência e os poderes regulatórios, estabelece uma maior autonomia dos NHS FT em relação ao poder central, que é uma forma de estes não estarem sob a sua dependência hierárquica direta.

Pretende-se atingir este objetivo com a passagem de todos os hospitais a FT, que é uma clara assunção oficial de que é um modelo considerado viável.

A HSCA de 2012 veio trazer novos poderes financeiros aos FT pois passou a estabelecer os FT como corporações de benefício público. Sendo que as alterações mais relevantes têm a ver com o fato de mais de metade dos membros do Board of Governors deverem ser eleitos pelos residentes locais, no mínimo um membro ser eleito pelo staff, pelo menos um membro ser nomeado pela universidade, se o hospital estiver ligado a uma instituição de ensino, e pelo menos um membro ser nomeado pela rede de cuidados primários que esteja associada ao FT.

O objetivo em introduzir esta alteração foi em primeiro lugar democratizar ainda mais os NHS FT e em segundo lugar descentralizar a cadeia de comando, levando à criação de um NHS mais orientado para o paciente.

Segundo estas premissas, o regulador (Monitor) responsabiliza o Board por identificar e resolver de uma forma eficaz qualquer questão financeira ou de governança, que desde esta altura, envolve a análise de três tipos de risco, que levam à classificação do FT: rácio de risco financeiro, rácio de risco de governança, e serviços e bens mandatórios (55).

Também para manter a qualidade dos candidatos a FT e para fazer progredir a governança, foi criado com a NHS Trust Development Authority (NTDA) cuja missão é transformar todos os NHS Trusts (o tipo anterior de hospital que o FT veio substituir) em NHS Foundation Trusts, mantendo os rigorosos standards impostos na avaliação dos candidatos, e, no caso de repetidamente não preencherem esses critérios, auxiliar para que sejam cumpridos (56).

No entanto, segundo análises mais recentes, por exemplo segundo Wright J et al, o novo modelo de governança introduzido pelo Governo Inglês com o Health and Social Care Act 2012, que pretendia substituir o poder centralizado do estado com formas sociais de propriedade, como sendo sociedades mutuárias e cooperativas, falhou na accountabilty local e propriedade social. Sugerindo a reformulação dos Governors dos FT como meta-reguladores por forma a aumentar a o cumprimento das regras, e desta forma ir ainda mais além na autoridade dos Governors e na democratização (35).

Neste momento, no NHS britânico já se está a ir mais longe com a introdução do Health and Social Care Act em 2012, que pretendeu reduzir significativamente o envolvimento de políticos e funcionários do estado no sistema de saúde e aumentar a autonomia local. Instituiu uma nova estrutura de accountability em que o mercado, os intervenientes locais e as entidades reguladoras possuem um papel muito maior do que a supervisão da gestão e estabelecimento da orientação politica, com a criação de comissários nas várias áreas da saúde, vindos da Medicina Geral e Familiar (General Practicioners - GP), e escolhidos entre a população local. E deste modo a desenvolver mecanismos de governança que garantam aumento da regulação e supervisão local, com mais alterações de uma gestão top-down para uma gestão bottom-up. Para o NHS Foundation Trusts isto significa um aumento das relações de governança que envolvam os pacientes, o público ou os técnicos de saúde. Deste modo há hoje uma maior tendência para aumentar a regulação, o financiamento por contratos-programa e as regras de governança interna, associados a mecanismos de accountability local, através da instituição de uma nova figura, os comissários, e sistemas contratualizados de accountability e supervisão local. Está a assistir-se à instituição de diversos tipos de accountability, que se combinados se pretende que tornem as organizações mais reativas aos pacientes que servem, do que às diretivas centrais (14), no entanto, o sistema continua a ter aspetos centralizadores importantes, com um aumento da regulação e responsabilidade política central não desaparecerá (57).

Na mesma linha de descentralização foram também introduzidos em 2012 as CQC como uma nova entidade reguladora, à qual os FT também têm que responder, no que diz respeito aos serviços que providenciam. Deste modo, os FT também têm que estar inscritos na CQC, da mesma forma que outros trusts ligados à saúde. A CQC pode atuar nos FT da mesma forma que atua nos outros trusts, sem no entanto deixar de cooperar com o Monitor na sua ação. Mas para já também aqui as relações de accountability permanecem complexas e colocam em causa a aplicação prática dos objetivos de maior autonomia e responsabilização. O futuro desta forma de funcionar permanece pouco clara pela existência de diferentes agendas em conflito por parte dos vários órgãos reguladores (35).

A introdução de mecanismos de mercado livre na segunda década deste século (2010 em diante), colocou o futuro do NHS numa posição de quase-mercado (quasi-market). Foram introduzidos mais elementos de mercado com o HSCA de 2012, e este momento, o NHS está a caminhar para a implementação de mais estratégias no sentido de uma maior liberalização do serviço de saúde (58).

Tem-se assistido também a um crescimento da delegação de serviços do NHS para o setor privado, e uma tendência aumentada para tal (59). Deste modo, o NHS move-se no sentido de uma liberalização cada vez maior criando receios de que estas reformas signifiquem uma privatização do serviço de saúde público e que coloquem em causa os princípios da universalidade e equidade.

No entanto, Taylor argumenta que o caminho de um serviço nacional de saúde baseado no mercado livre será o percurso mais eficiente para a substituição de uma gestão estatal (60).

Um dos objetivos da criação do FT foi que este funcionasse como motor para criar concorrência entre entidades do NHS e como modelo para a reforma das estruturas de saúde do NHS. Esta implementação de competitividade nas estruturas de saúde aconteceu também

nos EUA e em outros países desenvolvidos, como forma lógica para aumentar a produtividade no setor da saúde (60).

A ideia de concorrência na saúde está associada a melhor gestão e menor taxa de mortalidade dos pacientes. A reforma de 2012, sugere que a concorrência no setor público é útil para melhorar as práticas de gestão. E embora identificando o aumento da competitividade entre FT como forma de aumentar a qualidade e eficiência, permanece incerto se esta estratégia irá atingir os objetivos apontados ou se irão ser necessárias correções ao longo do caminho (61).

Um estudo realizado por Bloom et al, que pretendeu avaliar a relação causal entre a concorrência e a qualidade de gestão em hospitais públicos, concluiu que a qualidade de gestão está fortemente correlacionada, quer com resultados financeiros, quer com resultados clínicos, nomeadamente a taxa de sobrevivência em tratamentos de enfarte do miocárdio, em situações de emergência. Encontraram também uma correlação positiva de aumento de qualidade na gestão com a existência de competição em hospitais locais, por motivos políticos (62).

Vozes discordantes identificam alguns riscos nesta estratégia, como sendo os elevados custos na transição e a turbulência organizacional, resultante da reorganização do NHS, bem como o risco da potencial instabilidade financeira e aconselham uma abordagem mais cautelosa (63).

A execução desta estratégia iniciou-se com pagamento por resultados (Payment by Results - PbR) em que o financiamento segue os doentes. Foi um pacote de reformas poderoso que aumentou a qualidade, a produtividade e outras medidas de performance.

O objetivo de introduzir concorrência entre FT, através do PbR em que o dinheiro segue os pacientes levou a um aumento da qualidade e uma diferenciação pela qualidade do serviço. A combinação de PbR e a escolha livre do serviço feita pelo paciente, criou um sistema em que o dinheiro segue os pacientes. Deste modo, a criação de um quase-mercado substituiria

uma disciplina imposta pelo estado, por uma accountability do público. Esta tentativa já foi bem-sucedida e a introdução de mecanismos de mercado, acompanhada de maior autonomia de gestão, teve como consequência o aumento da qualidade, produtividade e outras medidas de performance. Há necessidade de completar o trabalho e levar este conceito mais longe. Para isso, o mercado da saúde britânico terá que evoluir de uma concorrência estática para uma concorrência dinâmica, com entradas e saídas. Aqui os FT que falharem ficariam insolventes, mas teriam a solução de uma nova gestão. Esta introdução de quase-mercado, beneficiou claramente o paciente. No futuro, um sistema baseado em decisões políticas será substituído por um sistema em que as estruturas prestadoras de serviços de saúde são escolhidas por um processo competitivo que precisa de ir mais além, com a necessidade acrescida de envolver mais o público na discussão de como os serviços devem ser estruturados (64).

Aspetos da qualidade e regulação

Outra área de preocupação é o dano em potencial que pode ser causado aos doentes e a necessidade de detetar o sofrimento de pacientes

O relatório sobre o Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, feito por Robert Francis e publicado em 6 de Fevereiro de 2013, tentou aferir as causas e os problemas associados a um aumento da mortalidade em excesso neste hospital. Este inquérito público revelou uma falha grave da entidade reguladora do NHS ao trazer a público várias situações de má prestação de cuidados de saúde neste FT no período decorrido entre 2005 e 2009. Neste documento encontramos falhas de atuação a todos os níveis que se desenvolveram sem qualquer verificação, havendo indicações de que não será o único caso (65).

Este trust estava determinado em atingir o estatuto de FT pelo que tinha que cumprir determinados objetivos financeiros. Isso deu origem a um sistema que colocou o interesse da

própria entidade e o controlo dos custos em primeiro lugar, antes do bem-estar do paciente, e que levou ao sofrimento desnecessário de centenas de pessoas.

O relatório deu origem a um conjunto de reformas regulatórias no NHS com o objetivo de evitar que as falhas identificadas não acontecessem novamente, numa tentativa de colocar o paciente no centro do NHS e o seu interesse em primeiro lugar.

Para isto, uma proposta de solução será, não só uma regulação forte, como também a introdução de mecanismos de governança semelhantes aos que existem no FT britânicos (como sendo o Board of Governors) executados por stakeholders que não estejam ligados diretamente ao interesse da instituição, do estado ou dependentes destes, e que possuam poder fiscalizador e decisor efetivo. E aqui poderá realçar-se a importância de um Board of Governors atento e atuante que possa fazer a diferença e intervir nas muitas das áreas de recomendação que abrange este relatório.

Menciona-se este relatório e esta situação, não só por ter sido um alerta grave para implementação dos NHS FT, mas também como exemplo do método e consequências que podem ter cortes cegos, sem uma supervisão direta e eficaz executada por uma ou mais entidades.

Também como resposta a este relatório, foram implementadas recomendações para os Board of Governors por parte da Academia de Liderança NHS Leadership Academy, baseadas em avaliações de trabalhos sobre este tema, e que indicam que o papel dos Governors tem cada vez maior relevância em vários aspetos da governança da instituição (66).

Embora eficientes na qualificação em termos de corporate governance e controlo financeiro, fica ainda por atender esta parte fundamental para aumentar a confiança do público nos serviços dos FT.

As pressões financeiras dos últimos anos, no sentido da redução da despesa, colocaram os NHS FT numa situação económica e operacional sem precedentes, o que levou a uma deterioração da performance, colocando vinte e oito FT no rácio de risco “vermelho”, já no primeiro trimestre de 2014 (67). O que não é surpreendente pois, sempre que se fala em cortes ou pressões financeiras, segue-se, por costume, a perda de qualidade e diminuição da equidade no serviço, como aconteceu com o Mid Staffordshire NHS Foundation Trust descrito acima.

Assim, está previsto no plano de ação do Monitor para o quadriénio de 2014-2017 a implementação de mudanças, que deverá ser mais rápida do que no passado, incidindo sobre vários pontos: 1. Verificação da capacidade dos NHS FT melhorarem a sua performance estratégica, organizacional e operacional. 2. Aumento da liberdade de atuação dos decisores locais para executarem o seu trabalho. 3. Assegurar que as regras do NHS vão de encontro às necessidades e interesses dos pacientes. 4. Promover a mudança e resolver problemas, trabalhando de perto com todos os intervenientes nacionais e locais (56).

A finalidade é criar uma operacionalidade financeira que contenha uma forte componente reguladora local e nacional, que não permita que o paciente seja lesado com esses cortes), com uma entidade reguladora enérgica, ou um conjunto de entidades, que assegurem ao público a manutenção de critérios financeiros, bem como de universalidade e equidade no acesso. E para isto também têm que estar instalados os mecanismos de supervisão local.

Conclusão

Como em todos os sistemas inovadores que são introduzidos, há necessidade de observar atentamente a sua evolução e fazer as correções e melhoramentos necessários.

A avaliação desta mudança ainda está a decorrer, mas neste momento já é possível retirar algumas conclusões acerca das vantagens e das desvantagens consequentes da aplicação deste modelo de gestão hospitalar.

Como refere Brandão et al, os novos modelos de administração hospitalar irão necessitar de mecanismos robustos de governança para cumprir as suas responsabilidades sociais, no que diz respeito a não prejudicar o ambiente e a proteger os interesses de todos os stakeholders (68). Ora, para isto, parece-nos que o modelo do FT se adequará à proteção destes dois desígnios da nova governança hospitalar.

Da experiência britânica com os FT podemos retirar várias conclusões que podem servir como linhas de orientação.

Constatamos que com o aumento da liberdade de gestão e maior autonomia tem que haver também uma forte responsabilidade e supervisão em vários aspetos: um regulador estatal (como o Monitor), grupos de supervisão local (introduzidos com a segunda fase de reformas), e representação efetiva dos stakeholders nas estruturas hospitalares (de que é exemplo o Board of Governors). É essencial que estes últimos possuam poder efetivo, no sentido de melhorar este sistema de saúde em relação à equidade no acesso e à qualidade na prestação de serviços, de modo que o paciente seja o beneficiário efetivo deste sistema.

Em termos de accountability, verificou-se ao longo deste trabalho que ela não funciona totalmente, e que é necessário reforçar os poderes reguladores, o que já foi feito com a introdução da nova lei de 2012. A accountability local, intrainstitucional, feita pelos Governors, também não é muito convincente, e é necessário reforçar o seu papel. A accountability perante o público tem alguma expressão, no entanto, não há muito interesse demonstrado por este em participar nas votações, se não houver um aumento da ligação com os seus

representantes eleitos. Por isso, também aqui há a necessidade de conferir mais influência aos Governors, e criar medidas que levem a que haja mais ligação destes com o público.

Deverá também haver uma melhor preparação dos Governors, pois se estes possuírem conhecimentos mais alargados sobre o sistema de saúde, evitam ser marginalizados pelos Board of Directors. Esta lacuna já está, de certo modo, a ser colmatada, através da formação disponibilizada por uma academia de formação para os participantes com responsabilidades nas estruturas de saúde, a Leadership Academy in Health. Portanto, parece-nos que o desejado aumento do poder deverá ser acompanhado também por um aumento de conhecimentos para desempenhar melhor as suas funções.

No que diz respeito ao aspeto financeiro, os FT conseguiram melhorar a sua performance. A flexibilidade financeira, empresarial e de quase-mercado funcionou, permanecendo, no entanto por estudar, as suas implicações mais profundamente. Nos últimos anos também se tem vindo a verificar que alguns FT têm falhado financeiramente. Tendo a vantagem de maior margem de manobra para se ajustarem a modificações económicas externas, resta saber se o vão conseguir fazer realmente, protegendo e aumentando a equidade ao mesmo tempo. Podendo ser este um tema para futuros estudos.

Em relação à inovação, confirmamos vários casos de inovação, em que os FT aproveitaram a flexibilidade que lhes foi conferida por este novo modelo de administração hospitalar. Este caminho de maior independência, que foi implementado para a sobrevivência do sistema, revelou-se particularmente profícuo na inovação para o aumento de receitas, ajustes orçamentais, desenvolvimento de características empreendedoras, melhoria da qualidade dos serviços através da implementação de um sistema de incentivos.

Também em relação à qualidade do serviço de saúde, verificamos que terá que existir maior accountability para o aumento desta. Esta supervisão deverá ser sobretudo realizada por Governors com experiência e conhecimento clínico e contato direto com os problemas que se levantam no local. Desta forma é amplamente consensual a necessidade de maior

envolvimento de stakeholders com conhecimentos adquiridos. Será também necessário reforçar os processos de accountability a montante e a jusante, aumentar a autoridade dos Governors para supervisão local e também criar outros sistemas e entidades de supervisão. Se a relação custo-benefício é vantajosa, se o custo traz suficiente benefício para o paciente em última instância resta saber, e ainda está por avaliar.

Verificou-se que a introdução de mecanismos de mercado está a favorecer o paciente em última instância, sendo necessário que esta seja acompanhada por uma supervisão forte, quer a nível local, quer a nível do regulador, para evitar que aconteçam falhas na qualidade, situações de desnatação ou diminuição da equidade. Infere-se, assim que o conceito de quase-mercado é positivo no sentido de melhorar a performance financeira e aumentar a qualidade do serviço de saúde para o paciente, admitindo que sejam introduzidos mecanismos reguladores fortes, que de resto terão que existir em qualquer um dos sistemas de saúde na atualidade.

Resta saber se o NHS, em geral, e os FT, em particular, vão ser capazes de reduzir a despesa, aumentar a qualidade e a equidade, como vai evoluir a accountability, a participação dos Governors e a adesão do publico na eleição destes. Estes serão temas para um estudo prolongado, no futuro.

Em conclusão, os Hospitais Fundação no seu modelo atual trazem claramente mais vantagens do que inconvenientes, sendo um modelo a considerar em qualquer sistema de saúde financiado pelo Estado. Constatando-se porém que, como qualquer outro sistema humano, terá que ser constantemente adaptado e melhorado.

Confirma-se, pois, os aspetos positivos da implementação desde modelo de administração hospitalar que poderão ser úteis na sua aplicação em Portugal, sendo que podemos inclusive beneficiar da experiência inicial já existente.

Por isto, podemos considerar a aplicação do modelo de Hospital Fundação em Portugal como solução, partindo da premissa de que o nosso SNS tem ainda um desempenho pouco eficiente

e que necessita de ser revisto por falha do modelo dos Hospitais EPE, pela excessiva dependência do Estado em relação à gestão, financiamento e recursos humanos, que se reflete numa baixa produtividade, pela desresponsabilização das estruturas de gestão, pela inexistência de um sistema de incentivos por produtividade, pela falta de qualidade em alguns serviços, e pela incapacidade financeira do Estado. (2)

Face à semelhança que existe entre SNS Português e NHS Britânico, nas suas várias facetas, as quais têm sido implementadas em Portugal por, partes ao longo do tempo (seja na aplicação das teorias no NPM ou na implementação de contratos-programa), só seria natural dar o passo seguinte no sentido dos Hospitais Fundação.

O pensamento de Hipócrates, primum non nocere (em primeiro lugar não prejudicar) (), continua a ser um conceito atual, que teremos que ter em mente face aos desafios do futuro. Aplica-se cada vez mais, não só aos médicos, mas também aos restantes intervenientes na saúde e às instituições que dele fazem parte. À medida que forem evoluindo os vários sistemas de saúde, mudanças efetivas serão necessárias para que a frase “colocar o paciente em primeiro lugar” seja mais do que um conjunto de palavras que ficam bem como introdução de um qualquer projeto. Sendo o dever de qualquer um dos intervenientes na saúde fazer o caminho no sentido de um sistema de efetivamente mais justo, equitativo, universal, eficiente e com qualidade.

Referências

1. Department of Health. A Short Guide to NHS Foundation Trusts. London: Department of Health, 2003.

2. Rego G, Nunes R. Hospital Foundation: A SWOT Analisys. iBusiness, 2010, 2, 210-217

3. Hogg C. Citizens, Consumers and the NHS: Capturing Voices. London: Palgrave Macmillan, 2008.

4. Audit Commission. Is the treatment working? Progress with the NHS system reform programme. London: Audit Commission and Healthcare Commission, 2008.

5. Boyle S (2005) What Foundation Trusts Mean for the NHS. www.lse.ac.uk/collections/PSSRU/pdf/DP18_2005.pdf (Consultado a 9 de Agosto de 2015).

6. Marini G, Miraldo M, Jacobs R, Goddard M (2007) Foundation Trusts in the NHS: does more freedom make a difference? Health Policy Matters. Issue 13, 1-8.

7. House of Commons Health Committee. 2008. Foundation Trusts and Monitor (No. Sixth Report of Session 2007–2008). The Stationery Office: London. Disponível em http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmselect/cmhealth/833/833.pdf.

8. Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2003, Decentralization in health care: strategies and outcomes. Open University Press/McGraw-Hill Education: London. Also available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf.

9. Wait S, Nolte E. Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis. Health Econ Policy Law 2006; 1:149–62.

10. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. R (2000) 5 of the Committee of Ministers to member states on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care, 2000. Disponível em

https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=340437&BackColorInternet=9999CC &BackColor Intranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75 (Consultado a 9 de Agosto de 2015).

11. Magnussen, J., Vranbaek, K., Saltman, R., 2009, Nordic Health Care Systems. Recent reforms and current policy challenges. Open University Press: Maidenhead and New York.

12. France, G., Taroni, F., Donatini, A., 2005, The Italian health-care system, Health Economics, 14, S187–S202.

13. Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2003, Decentralization in health care: strategies and outcomes. Open University Press/McGraw-Hill Education: London. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf.

14. Maybin J, Addicott R, Dixon A, Storey J. Accountabilty in the NHS: Implications of the government's reform programme, Kings Fund, 2011

15. Department of Health: NHS Foundation Trusts information guide. London: Department of Health, 2003

16. Wright JSF, Dempster PG, Keen J, Allen P Hutchings A.2012. The new governance arrangements for NHS Foundation Trust Hospitals: reframing governors as meta-regulators. Public Administration 90(2).doi:10.1111/j.1467-9299.2011.01975.x

17. Day P Klein R. 2005. Governance of Foundation Trusts: Dilemmas of Diversity. Nuffield Trust: London.

18. Dixon A, Storey J Rosete AA. 2010. Accountability of foundation trusts in the English NHS: views of directors and governors. Journal of Health Services Research and Policy 15(2): 82–89.

19. Department of Health [DH]. 2002. 'A Guide to NHS Foundation Trusts'. London: HMSO , December 2002

20. Department of Health (DH) (2009), Governance of Foundation Trusts, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/NHSfoundationtrust/DH_4131785 (Consultado a 9 de Agosto de 2015).

21. Nunes R. Rego G. Prioridades na Saúde. 1ª ed. Mc Graw-Hill, 2002.

22. Department of Health. NHS Foundation Trusts: A Guide to Developing Governance Arrangements (Version C: 6 September 2004). London: Department of Health, 2004.

23. Department of Health. NHS Foundation Trusts: a Source Book for Developing Governance Arrangements (Version D: 12 January 2006). Disponível em http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/02/32/04130232.pdf (Consultado a 9 de Agosto de 2015).

24. Yinka-Adebisi A, Conceptualising Foundation Trust Reform in the NHS: An Empirical Analysis of Three NHS Organisations. University of Southampton Faculty of Law, Arts & Social Sciences, School of Management. December 2013.

25. Dixon A, Storey J, Alvarez-Rosete A. Accountability of foundation trusts in the English NHS: views of directors and governors. Journal of Health Services Research and Policy2010;15:82–89Accountability of FT in the English NHS – 2010

26. Lewis R, Hinton L (2008). 'Citizen and staff involvement in health service decision-making: have National Health Service foundation trusts in England given stakeholders a louder voice?'. Journal of Health Services Research, vol 13,no 1, pp 19–25.

27. Allen, P., Keen, J., Wright, J., Dempster, P., Townsend, J., Hutchings, A., Street, A. & Verzulli, R. (2012). Investigating the governance of autonomous public hospitals in England: Multi-site case study of NHS foundation trusts. Journal of Health Services Research and Policy, 17, 94-100.

28. Endacott R, Sheaff R, Jones E, Woodward V. Clinical focus and public accountability in English NHS Trust Board meetings Journal of Health Services Research & Policy Vol 18 No 1, 2013: 13–20

29. Peck E, Six P, Gulliver P, Towell D. Why do we keep on meeting like this? The board as ritual in health and social care. Health Services Management Research 2004;17:100–9.

30. Woodward VA et al (2009) Obtaining corporate information from NHS foundation trusts. Nursing Standard. 23, 42, 35-37. April 14 2009.

31. Yinka-Adebisi A. Conceptualising Foundation Trust Reform in the NHS: An Empirical Analysis of Three NHS Organisations. University of Southampton Faculty of Law, Arts & Social Sciences, School of Management. December 2013.

32. Stewart E, Greer S, Wilson I, Donnelly P. Power to the people? An international review of the democratizing effects of direct electionsto healthcare organizations. Int J Health Plann Mgmt 2015

33. Ocloo, J., O'Shea, A., & Fulop, N. (2013) Empowerment or Rhetoric? Investigating the Role of NHS Foundation Trust Governors in the Governance of Patient Safety. Health Policy. Disponível em: http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(13)00130-9

34. Veronesi,G, Keasey K (2015) Patient and Public Participation in the English NHS: An assessment of experimental implementation processes. Public Management Review, 17:4, 543-564

35. Wright, J., Dempster, P. G., Keen, J., Allen, P. & Hutchings, A. (2011) The new governance arrangements for NHS Foundation Trust hospitals: Reframing governors as metaregulators.Public Administration, 90, 351-369.

36. Lord L, Gale N. Subjective experience or objective process: Understanding the gap between values and practice for involving patientsin designing patient-centred care. Journal of Health Organization and Management Vol. 28 No. 6, 2014 pp. 714-730

37. Pizzo E, Doyle C, Mathews R, Barlow J. Patient and public involvement: how much do we spend and what are the benefits? Health Expectations 2014.

38. Tritter J. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world, Health Expectations, 2009, 12, pp.275–287.

39. Dedeu T. Participation of the public in the governance of healthcare organisations. RISAI 2010, Vol 2, Num 1.

40. Allen P, Townsend J, Dempster P, Wright J, Hutchings A, Keen J. Organizational Form as a Mechanism to Involve Staff, Public and Users in Public Services: A Study of the Governance of NHS Foundation. Social Policy & Administration, Vol. 46, No. 3, June 2012, pp. 239–257

41. Greer S, Wilson I, Stewart E, Donnelly P. “Democratizing” Public Services? Representation and elections in the Scottish NHS. Public Administration Vol. 92, No. 4, 2014 (1090–1105).

42. Gauld R. Are elected health boards an effective mechanism for public participation in health service governance? Health Expectations, 13, pp.369–378, 2010

43. Verzulli R, Jacobs R, Goddard M. Do Hospitals Respond to Greater Autonomy? Evidence from the English NHS. Centre for Health Economics, University of York, UK. July 2011.

44. Monitor. The review of NHS foundation trusts’ annual plans (2012/13). August 2012. www.monitor-nhsft.gov.uk/home/browse-category/reports-nhs-foundation-trusts/reviews-nhsfoundation-trusts-annual-plans/review.

45. Rhys A, Van de Walle S. (2013) New Public Management and Citizens' Perceptions of Local Service Efficiency, Responsiveness, Equity and Effectiveness, Public Management Review, 15:5, 762-783

46. Exworthy M, Frosini F, Jones L. Are NHS foundation trusts able and willing to exercise autonomy? ‘You can takea horse to water. . .’. Journal of Health Services Research & Policy Vol 16 No 4, 2011: 232–237, 2011

47. Lunt N, Exworthy M, Hanefeld J, Smith RD. International patients within the NHS: A case of public sector entrepreneurialism. Social Science & Medicine 124 (2015) 338e345

48. Burton, J. Partnership or privatisation? An NHS Trust’s experience of sponsorship. Gastrointestinal Nursing, vol 12, 2 March 2014.

49. Ham C, Dickinson H. 2008. Engaging Doctors in Leadership: What Can We Learn from International Experience and Research Evidence? Academy of Medical Royal Colleges/University of Birmingham/NHS Institute for Innovation & Improvement: Coventry.

50. Edmonstone J. Whither the elephant?: the continuing development of clinical leadership in the UK National Health Services. Int J Health Plann Mgmt 2014; 29: 280–291.

51. Mannion R, Davies H, Freeman T, Millar R, Jacobs R e Kasteridis P. Overseeing oversight: governance of quality and safety by hospital boards in the English NHS. J Health Serv Res Policy 2015 20: 9.

52. Jiang H, Lockee C, Bass K, et al. Board oversight of quality: any differences in process of care and mortality? J Healthc Manag 2009; 54: 15–29.

53. Prybil LD, Bardach DR and Fardo DW. Board oversight of patient care quality in large nonprofit health systems. Am J Med Qual 2013; 28: 536–538.

54. Veronesi G, Kirkpatrick I and Vallascas F. Clinicians on board: what difference does it make? Social Sci Med 2013; 77: 147–155.

55. Health and Social Care Act 2012. The Stationery Office. Disponível em: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf

56. Monitor. Monitor Strategy 2014-2017: Helping to redesign healthcare provision in England. www.monitor.gov.uk.

57. Peckham S. Accountability in the UK healthcare system: an overview. Healthc Policy. 2014 Sep;10 (Spec issue):154-62.

58. Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. London: HMSO, 2010 [online]. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/ @dh/@en/@ps/ documents/digitalasset/dh_117794.pdf

59. LaingBuisson. Healthcare market review (27th ed). February 2015. www.laingbuisson.co.uk/MarketReports/LatestMarketReports/tabid/570/ProductID/634/Default.aspx.

60. Taylor JS. Market-Based Reforms in Health Care Are Both Practical and Morally Sound. journal of law, medicine & ethic. Fall 2012

61. Lewis RQ, Thorlby R. Liberalizing the health care market: the new government's ambition for the English National Health Service. Int J Health Serv. 2011;41(3):565-74.

62. Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science.

63. Asthana S. Liberating the NHS? A commentary on the Lansley White Paper, "Equity and Excellence". Soc Sci Med. 2011 Mar;72(6):815-20.

64. Niemietz K. Internal markets, management by targets, and quasi-markets: an analysis of health care reforms in the english NHS. Economic Affairs, volume 35, number 1, 2015

65. Francis, R. (2013) The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. http://www.midstaffspublicinquiry.com/report.

66. Ramsay, A., Fulop, N., Fresko, A. & Rubenstein, S. (2013). The Healthy NHS Board: a review of guidance andresearch evidence. London, NHS National Leadership Council

67. Monitor. Quarterly report on the performance of the NHS foundation trust sector. www.gov.uk/monitor

68. Brandão C, Rego G, Duarte I, Nunes R. Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance? Health Care Anal (2013) 21:390–402.

69. Rego G. Gestão empresarial dos serviços públicos. 2ª ed. Vida Económica, 2011.

Agradecimentos

À Sra. Professora Doutora Guilhermina Rego, Orientadora,

pela sua disponibilidade e acessibilidade.

Ao Sr. Professor Rui Nunes, Diretor do Departamento de Ciências Sociais e Saúde,

pelo acolhimento que manifestou por este trabalho.

Anexos

Normas de Publicação

Instruções para Autores

Os **ARQUIVOS DE MEDICINA** publicam investigação original nas diferente áreas da medicina, favorecendo a investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Todos os manuscritos são avaliados por membros do corpo editorial e a publicação dos artigos de investigação original, casos clínicos ou séries de casos que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de revisores externos. Os revisores podem propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Será mencionada a avaliação por revisores externos no final dos artigos, quando aplicável.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma lingua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêem publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

Forma e preparação de manuscritos

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total).

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em inglês (UK), com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em inglês (UK), com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em inglês (UK), com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total).

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em inglês (UK), com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total).

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em inglês (UK), com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito.

Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés.

Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra.

Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

1. o título (conciso e descritivo);
2. um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
3. os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
4. a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
5. o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
6. os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradoresque não cumpram critérios para autoria;
7. contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal(não incluindo referências, tabelas ou figuras)

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals.", a autoria requer uma contribuição substancial para:

1. concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretaçãodosdados;

2. redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual.
3. aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu os estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuiram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras chave, em inglês (UK), nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

1. a amostra em estudo;
2. a localização do estudo no tempo e no espaço;
3. os métodos de recolha de dados;
4. análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de P, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever a principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou ?2, e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de P devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de P=NS, P<0,05 ou P>0,05, na medida em a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em que o valor de P é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como P<0,0001.

Tabelas e Figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figures e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador

ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo
- Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associatedwith an increase risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.
2. Artigo com Organização como Autor
- The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinicalexercise stress testing.safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 64:282-4.
3. Artigo publicado em Volume com Suplemento
- Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicityand occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1:275-82.
4. Artigo publicado em Número com Suplemento
- Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychologicalreactions to breast cancer. Semin Oncol 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

5. Livro
- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills fornurses. 2nd ed. Albany(NY):Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))
- Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderlypeople. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)
- Institute of medicine (US). Looking at the future of the Medicaidprogram. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro
- Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: LaraghJH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico
- Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases.Emerg Infect Dis [serial online]1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em http://www.nlm.nih.gov.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

AUTORIZAÇÕES

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;

- consentimento informado de cada indivíduo presente emfotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;

- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;

- autorizações para utilização de material previamente publicado;

- autorizações dos colaboradores mencionados na secção deagradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

1. Título completo do manuscrito;
2. Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
3. Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável
4. Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
5. Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
6. Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
7. Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
8. Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
9. Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (luisabotelho@arquimed.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074379) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word ©, formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.