

Artigo de Opinião

## Crise: Factor de impacto na gestão das unidades de saúde

Crises: Impact factor on health units management

Ana Terezinha Duarte Rodrigues<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Professora adjunta e coordenadora da Licenciatura em Radiologia, Escola Superior Saúde Egas Moniz.

Submetido em 10 Julho 2011; Aceite em 14 Julho 2011; Publicado em 29 Julho 2011.

Muitos são os sistemas de saúde de vários países que entraram em colapso nestas duas décadas. Os gastos em saúde dos portugueses atingiram nos últimos anos valores altíssimos. Trata-se de um fenómeno global. As soluções passam pelo desenvolvimento dos sistemas de informação vs retorno da mesma, garantido uma contratualização governamental eficaz na rede de cuidados primários e nos hospitais. A crise é considerada factor de impacto nas organizações de saúde, dando enfoque à solução, no recurso à qualidade da gestão, à melhoria do desempenho, ao combate ao desperdício, à redução de custos e fraude, ferramentas para a racionalização do Serviço Nacional de Saúde.

*Many are the health systems of several countries that have collapsed during the last two decades. In Portugal, the expenses on health have reached very high values in recent years. It is a global phenomenon. The solutions are centered on the development of information systems vs its return, guarantying an effective government contracting in the network of primary care and hospitals. The crisis is considered to have impact on health organizations, focusing on the solution, on the use of quality management, performance improvement, combat of waste, costs and fraud reduction, and tools for the rationalization of the National Health Service.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Crise; SNS; financiamento; sistemas de saúde; medidas.

**KEY WORDS:** Crisis; SNS; financing; health systems; measures.

\* **Correspondência:** Ana Terezinha Duarte Rodrigues. Email: [aterzinha@gmail.com](mailto:aterzinha@gmail.com)

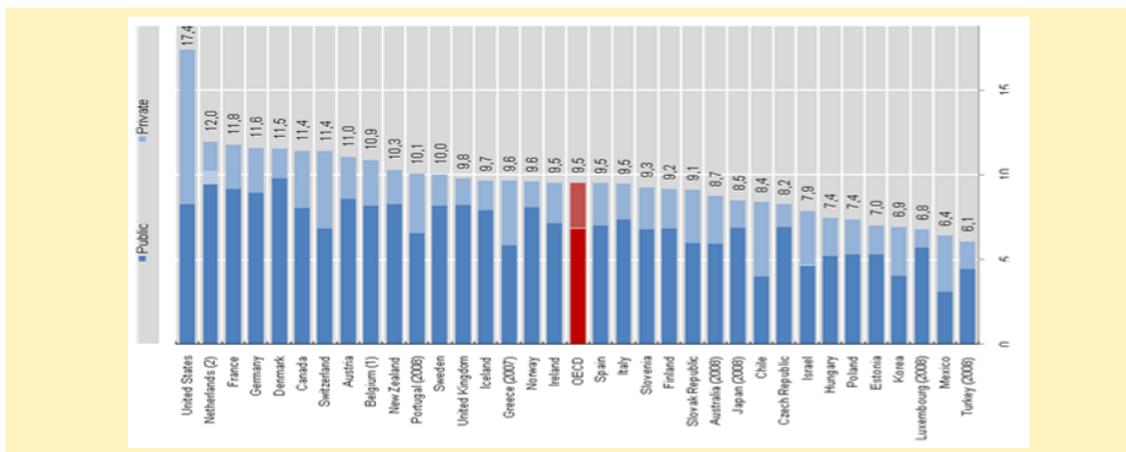
## INTRODUÇÃO

De há um ano a esta parte, a palavra crise instalou-se no nosso quotidiano. Os portugueses estavam pouco habituados à malha apertada da governação económica e financeira. Desde 75 que nos preocupamos mais com a justiça social, comportamento desenvolvido e sobretudo associado ao contexto político que durante anos a fio perdurou no nosso país. Os novos caminhos sociais desenhados pela instauração do estado democrático, enaltecem os nossos direitos enquanto cidadãos, fazendo-nos minimizar ou sobrevalorizar os nossos deveres. Nunca nós pensámos que a nossa economia ia ruir. Até porque são nossas características, sermos caracterizados como um povo calmo, pacifista, com grande capacidade para se adaptar às mudanças impostas, muito optimista e esperançoso.

Os milhões da dívida com os quais fomos contemplados são também evidentemente da nossa responsabilidade e muito por via da nossa inércia. Aprendemos rápida e facilmente a viver com ostentação, sem restrições e de uma forma muito farta. Esta galinha dos ovos de ouro chegou ao fim. A crise vai trazer-nos dissabores, mais trabalho, mais responsabilidade social e teremos efectivamente que produzir mais e, simultaneamente garantir níveis mais elevados de qualidade na produção.

No sector da saúde a crise não é de toda uma novidade. Muitos têm sido os sistemas de saúde de vários países que têm entrado em colapso ao longo das últimas duas décadas. Inicialmente culpavam-se os modelos teóricos que os sustentavam, mas efectivamente quer tenham sido estes sistemas, mais generosos, como são o caso do National Health Service (NHS) Inglês, ou o nosso Sistema Nacional de Saúde (SNS), ou não, como é o caso do sistema americano através do *Medicaid* e *Medicare*, verificamos que, independentemente da sua natureza, são uma realidade o descontrolo dos consumos e dos custos, a insuficiente e sempre crescente necessidade da sua cobertura, a exponencial da inflação, bem como os níveis elevados de insatisfação e de insegurança. Estas características tornam-nos em sistemas totalmente insensatos (Pinto, 1994). Em 2004, o relatório da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), enfatizava a ineficácia do sistema de saúde americano, apresentando os fracos resultados dos seus indicadores de saúde, nomeadamente na taxa de mortalidade infantil, a par de um aumento crescente do PIB em saúde. Na Europa, também a média dos seus países ao longo dos últimos anos, mostra uma tendência de crescimento das despesas em saúde. Segundo os últimos dados desta organização, a média do PIB gasto em saúde dos países da OCDE é de 9,5%, sendo neste relatório 10,1%, o valor do ano de 2008, de referência para Portugal, da despesa do PIB em saúde (Figura 1).

**Figura 1. Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] Health Data.**



## Sistemas de saúde – do passado ao presente

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde ([OPSS], 2001), Portugal sofreu, no último quarto de século, transformações de suma importância, das quais se destacam a democratização e descolonização em 1974, a entrada na CEE em 1986 e a integração na União Monetária Europeia em 2000, num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico. Em 1971 assiste-se ao primeiro esboço de mudança ao nível da saúde e da assistência, com a conhecida reforma de Gonçalves Ferreira, da qual se destaca a criação dos Centros de Saúde. Foi no entanto a mudança no seu regime político em 1974, que o país permitiu que fossem criadas as condições políticas e sociais para a fundação do SNS. O conceito de SNS deve o seu desenvolvimento a Beveridge no início da década de 40, em Inglaterra, em oposição à teoria do ultraconservador alemão Otto Bismarck. Segundo Graça (1996), a Bismarck deve-se a promulgação da legislação sobre seguros sociais obrigatórios, cujos descontos ficavam a cargo de empregadores e trabalhadores. Era sua finalidade, travar a social-democracia na mobilização da classe trabalhadora, fazendo transparecer uma imagem da lealdade do Estado entre os pensionistas da classe trabalhadora. O plano Beveridge (*Social Insurance and Allied Services*), por outro lado, apresentado em 1942 ao parlamento inglês, defendia que o financiamento da saúde provinha unicamente das contribuições do rendimento do trabalho. Na sua proposta, Beveridge sugeriu que o financiamento dos serviços de saúde se fizesse a partir da totalidade da riqueza do país, e não só a partir das contribuições do trabalho. Deu assim origem, na Europa do pós-guerra, ao nascimento do financiamento da saúde a partir do “orçamento geral do Estado”, passando este a ser o sustentáculo do Serviço Nacional de Saúde Inglês. Este tipo de sistemas (SNS) nos quais o Estado-Providência assume o papel da universalidade e do tendencialmente gratuito, existem no Reino Unido, em Itália, em Portugal e na Grécia. O modelo que lhes é subjacente é actualmente motivo de reflexão da maioria dos profissionais de saúde, políticos e gestores organizacionais, uma vez que no nosso país deu origem à fragmentação do sistema, através da

formação da medicina convencional, influência directa do associativismo médico, e à formação de subsistemas de saúde fora do SNS. O próprio modelo em si não é favorável ao desenvolvimento do sistema de saúde, uma vez que apresenta fragilidades no seu financiamento e uma total ausência nos modelos de organização e gestão. A falta de transparência entre os interesses públicos e privados é notória, bem como uma difícil acessibilidade dos utentes de saúde ao sistema, todos eles associados à baixa eficiência dos serviços públicos de saúde. A toda a hora, os líderes das instituições hospitalares envolvidas, consideradas como um sector estratégico na rede de prestação de cuidados de saúde, e cujo destaque se faz pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto clínico assistencial na comunidade e pela sua relevância para a educação e investigação na saúde, vêem-se confrontados com as moderníssimas teorias de gestão das organizações de saúde. A quantidade de informação e de formação é intensa, levantando a estes profissionais, grandes dificuldades na gestão de todo este manancial de conhecimento, associado em simultâneo e em paralelo com o desenvolvimento da sua actividade. De 1995 a 2001 surge uma proposta para a reforma do SNS a par com as novas ideias europeias de “reinvenção da governação” e cujos objectivos foram dar maior inovação à administração pública, tornando-a mais empresarial, reorganizar os serviços centrando-os no binómio cidadão-cliente e, passar da gestão de recursos para a gestão dos resultados, focalizando-se nas pessoas, nas especificidades da saúde e numa maior abertura aos dados empíricos, às observações e à própria experimentação.

Segundo o relatório da *European Commission* (2004), o sector da saúde pode ser considerado de igual forma a qualquer outro sector da economia de um país. Investimentos tais como capital, trabalho e materiais, são utilizados na produção de cuidados de saúde. É para nós evidência deste estudo que a comunidade internacional, nomeadamente os sistemas de saúde de muitos países tem vindo a preocupar-se, de forma cada vez mais evidente, com os seus principais objectivos. Os fundamentos históricos dos sistemas de saúde assentes em postulados de garantia de igualdade, de acesso para

todos os cidadãos, por via do aumento dos custos e da procura, tem vindo a ampliar o conflito entre os dois grandes objectivos de equidade e eficácia (Cutler, 2002) dos sistemas de saúde dos diferentes países. As reformas dos sistemas de saúde associadas a políticas de governação onde, estes dois objectivos são cada vez mais um compromisso a atingir, são hoje as reformas do mercado da saúde em evidência.

## O dever do Estado

A preocupação do Estado sobretudo em políticas de saúde tem sido o de atingir um nível de desenvolvimento do seu Serviço Nacional de Saúde que garanta uma resposta eficaz às necessidades da população. A garantia da equidade em termos de distribuição e de coberturas de recursos à população, são questões com que o Estado português se depara continuamente e é considerada, matéria reflexiva para o mesmo. Têm sido desenvolvidos esforços na criação de uma rede nacional de tecnologias de informação em saúde, que integre e permita recolher informação mais fiável e actual dos respectivos serviços de saúde. A malha tem sido apertada junto das organizações públicas de saúde, com a implementação de políticas de controlo e de processos de monitorização da produção. Percebe-se, que as até aqui deficientes gestões financeiras, bem como as fracas capacidades das autoridades em saúde, estão a mudar. Torna-se necessário estudar eficazmente a alocação dos recursos, a gestão operacional das unidades prestadoras de cuidados, bem como mudar a postura dos profissionais da administração pública.

## Portugal – um percurso para a qualidade

Efectivamente em 1996, quando foi nomeado pelo Governo, o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), grupo de trabalho para o estudo da Reforma do Sistema de Saúde Português (1996/98), do qual foi seu Presidente, o Prof. Doutor Daniel Serrão, que as principais questões de reforma da saúde foram pensadas e analisadas. Desde esta data, que o Estado português mostrou preocupações nas reformas a efectuar na saúde. Assim, a partir do fim de 1996, iniciou-se o processo de desenvolvimento de uma

estratégia de saúde onde se discutiam metas em saúde com horizontes entre 5 a 10 anos. Nas recomendações do CRES e do Relatório da Auditoria do Tribunal de Contas ao SNS, em 1999, bem como no Relatório da OCDE sobre o Sistema da Saúde do País (1996), são abordados temas de qualidade e equidade em saúde, tais como melhorar o estado da saúde dos cidadãos, melhorar a acessibilidade promovendo a saúde bem como os direitos e os deveres destes. Foram várias as estratégias definidas pelo Ministério da Saúde das quais se destacam a capacitação em gestão a todos os níveis, melhorias no acesso a hospitais e centros de saúde, qualidade e melhoria de cuidados de saúde com objectivos de aumentar a satisfação dos utilizadores e mobilização dos recursos e sua eficiente racionalização. Vários foram os documentos que emanaram estas estratégias e lhes deram desenvolvimento e continuidade, dos quais se distinguem “Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar de século – 1998 a 2002” (Roseira, 1998), “Saúde: Um compromisso 1998-2002” (Ministério da Saúde, 1999) e o “Programa Operacional da Saúde 2000-2006” (Ministério da Saúde, 2005). No documento “Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar de século – 1998 a 2002” (Roseira, 1998), é expresso de forma explícita a necessidade da criação de um Sistema de Qualidade na Saúde. Este teve seguramente orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que, nesta data, já identificava como componentes de Cuidados de Saúde de Qualidade: o elevado grau de excelência profissional; a eficiência na utilização dos recursos; os riscos mínimos para os utentes; a satisfação para os utilizadores e a obtenção de Resultados em Saúde. Todas estas novas vertentes em saúde apontavam para uma maior sustentabilidade do sistema. No Hospital Português (Direcção-Geral da Saúde, 1998), é solicitado a todos os hospitais que elaborem a sua “Carta de Qualidade” com três requisitos: definição de uma Política de Qualidade, Sistema de Melhoria da Qualidade, Mecanismo de Avaliação Interna ou Externa do Grau de Cumprimento desses Padrões. Também aí era evidenciada a necessidade de implementar no curto prazo os Processos de Garantia da Qualidade, de entre outras medidas reformatórias.

Tendo como horizonte a concretização destas

premissas, o Programa Operacional da Saúde 2000-2006 - Saúde XXI (Ministério da Saúde, 2005), integrou oito medidas agrupadas em três eixos. O I Eixo Prioritário pretendia colectar de forma eficiente informações sobre o estado de saúde dos cidadãos e a aposta foi no desenvolvimento do seu sistema de informação em saúde. Este eixo tinha também como horizontes o maior *empowerment* na rede social e na promoção da saúde dos cidadãos, envolvendo-os em práticas de vida mais saudáveis. O seu Eixo Prioritário II tinha como prioridade melhorar o acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade. Este eixo foi caracterizado por ter projectos previstos em torno de quatro grandes medidas: rede de referência hospitalar, tecnologias de informação e comunicação, certificação e garantia da qualidade e a formação e o apoio a projectos de modernização da saúde, garantindo uma maior autonomia em saúde. O Eixo Prioritário III tinha como finalidade “Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde”, accionando um conjunto de estruturas apoiadas no regime de incentivos, sobretudo nas áreas de cuidados de saúde mais carenciadas, contribuindo para diminuir as desigualdades em saúde no país.

## A saúde no Portugal de hoje

Das iniciativas de reforma dos cuidados de saúde de 1995 a 2002 só duas tiveram continuidade na sua aplicação: o desenvolvimento da empresarialização nos hospitais e o Instituto da Qualidade. Todas as outras, desde as estratégias em saúde preconizadas na tese “Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar de século – 1998 a 2002” (Roseira, 1998), aos Centros de Saúde de 3.ª geração, à regulação do sector privado, ficaram incompletas, foram descontinuadas ou ficaram num estado letárgico. Segundo o OPSS (2005), a gestão da mudança em sistemas sociais complexos tem que ser sustentada em acções governativas de base política e social amplas. Se efectivamente cobrirmos amplamente a actividade governamental deste ciclo, verificamos a forte necessidade de desenvolver as teorias de sustentabilidade do SNS.

Efectivamente de 2002 a 2005 com o apoio incondicional do executivo governativo da altura, quer

do ponto de vista político e social, quer financeiramente, foram tomadas um conjunto de medidas reformadoras do sistema, das quais destacamos a nova lei de gestão hospital, a implementação dos hospitais SA, as parcerias público-privadas, a promoção dos genéricos, a preparação de um novo plano da saúde entre um lato conjunto de medidas. Neste novo ciclo verificaram-se fortes mudanças relativas à saúde. Algumas das medidas tempestivas tomadas pelo executivo, nomeadamente o Decreto-lei dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), foram adoptadas e efectivadas, sob o olhar crítico de políticos, profissionais e académicos, uma vez que não tinha sido demonstrado a exigência da sua fundamentação técnica da sua génese (OPSS, 2005). De 2006 a 2010, viveu-se um período de concretização e implementação das medidas já anteriormente conceptualizadas. De facto, olhando retrospectivamente, este ciclo foi bastante rico para o nosso SNS, não fosse o agudizar de investimento financeiro a que o país se viu sujeito. Foram anos reformistas e muitas das medidas tomadas foram, para o desenvolvimento da malha social, de extrema importância, uma vez que contribuíram derradeiramente para o desenvolvimento e para a estabilidade e sustentabilidade social dos nossos cidadãos. O combate às listas de espera com a implementação de programas com o Programa Especial de Combate às Listas de Espera (PECLEC) e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), a necessidade de aumentar o controlo da despesa com os medicamentos, a implementação das linhas estratégicas do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2006-2010, nomeadamente nos ganhos em saúde da população com os programas nacionais de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, Prevenção da Infecção VIH/Sida, Saúde das Pessoas Idosas e de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares; um olhar atento sobre o desenvolvimento da rede de cuidados continuados, a reforma dos cuidados primários, a envolvência de diferentes actores sociais na implementação das medidas de índole de gestão e inovação em saúde, a maior transparência a todos os níveis de concretização das medidas da governação em saúde e o desenvolvimento das redes em saúde, são alguns dos aspectos que contribuíram para mais e

melhor saúde em Portugal, nestes últimos dez anos (OPSS, 2007; 2009; 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A retrospectiva sobre o sistema de saúde português, não se fica por aqui. Muito ficou por dizer em matéria de saúde, de oportunidades e de medidas implementadas. A aposta num sistema de saúde racionalista é uma realidade. Temos que encontrar soluções cada vez mais trianguladas entre os utilizadores, os prestadores e os financiadores. Medidas ligadas à responsabilização do cidadão pela sua própria saúde devem ser incrementadas responsabilizando-o pela gestão do seu orçamento e obrigando-o a participar no processo de cuidados, tornando-se assim mais activo, interventivo, informado e exigente.

Quem presta cuidados deve procurar encontrar vantagem competitiva na partilha de conhecimentos, na racionalização dos processos recorrendo a um maior controlo e monitorização dos mesmos. As opções a tomar devem-no ser com base no acervo de equipas multidisciplinares, as quais seguramente têm vindo e continuarão a investir cada vez mais em conhecimento e investigação em saúde.

Devem ser ouvidos os grupos de investigadores que estudam as matérias em saúde de uma forma global para melhor entendermos quais os caminhos que devemos seguir de forma a garantirmos a nossa sustentabilidade. Lembremo-nos que as orientações internacionais apontam para sistemas de saúde virados cada vez mais para o desenvolvimento de ligações estreitas entre a comunidade, a saúde e os cidadãos. Existe efectivamente um *empowerment* na capacitação da sociedade civil para intervir nas políticas de saúde, na sua gestão, bem como na sua capacidade de auto-promoção da saúde.

A aposta em sistemas de controlo de gestão da qualidade dos serviços, é uma realidade e, nos próximos anos, temos seguramente de aprender e desenvolver melhores ferramentas de medida, para assim conseguirmos caracterizar, intervir e modificar o

que efectivamente se encontra menos bem. No que se refere ao financiamento, é preciso encontrar entidades especializadas e vocacionadas nestas áreas, por forma a garantir coberturas de financiamento progressivas e globais, nas diferentes fases da vida dos indivíduos. A liberdade de escolha do cidadão, deve ser uma realidade e, o desenvolvimento de parcerias, cujo binómio aponte para uma maior responsabilização do cidadão nos diferentes aspectos dos cuidados, deve ser uma aposta. As soluções para as necessidades devem ser várias, para que o cidadão possa escolher aquelas que melhor servem os seus interesses e expectativas.

Se olharmos o programa do novo governo, apercebemo-nos que uma das estratégias é transferir a responsabilidade do Estado de forma gradual para a sociedade. A tendência é apostar cada vez mais em sistemas de informação que nos tragam retorno de informação extremamente pertinente, para assim se poder contratualizar de forma mais efectiva e eficaz, com a rede de cuidados primários e com as instituições hospitalares. A crise é pois considerada como factor de impacto nas organizações de saúde. São palavras de ordem a qualidade da gestão, a melhoria do desempenho, o combate ao desperdício de recursos, a redução de custos e o controlo da fraude, consideradas como ferramentas indispensáveis para uma governação racionalizada e de poupança.

Vêm aí tempos de crise!

## REFERÊNCIAS

Cutler, D. (2002). Equality, efficiency, and market fundamentals: The dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*, 40(3), 881-906.

Direcção-Geral da Saúde (1998). *O hospital Português*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

European Commission (2004). *Competitiveness and benchmarking - European competitiveness report 2004*. Enterprise publications. Disponível:

[http://ec.europa.eu/enterprise/newsroom/cf\\_getdocument.cfm?doc\\_id=6235](http://ec.europa.eu/enterprise/newsroom/cf_getdocument.cfm?doc_id=6235)

Graça, L. (1996). *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível: [http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2\\_hospital.html](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html)

Ministério da Saúde (1999). *Saúde: Um compromisso - A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2005). *Saúde XXI: Programa Operacional da Saúde 2000-2006*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2001). *Conhecer os caminhos da saúde - Relatório da Primavera 2001*. Lisboa: OPSS.

OECD (2011). *Health: Spending continues to outpace economic growth in most OECD countries* [on-line]. OECD. Disponível: [http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en\\_21571361\\_44315\\_115\\_48289894\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315_115_48289894_1_1_1_1,00.html)

OPSS (2005). *Novo serviço público de saúde: Novos desafios – Relatório de Primavera 2005*. Coimbra: Mar da Palavra.

OPSS (2007). *Relatório de Primavera 2007 - Luzes e sombras: A governação da saúde*. Lisboa: OPSS.

OPSS (2009). *Relatório de Primavera 2009 - 10 anos OPSS, 30 anos SNS: Razões para continuar*. Lisboa: OPSS.

OPSS (2010). *Relatório de Primavera 2010 - Desafios em tempos de crise*. Lisboa: OPSS.

Pinto, M. (1994). *Sistemas de saúde: A reforma portuguesa*. *Revista Portuguesa de Gestão*, III/IV(3), 37-46.

Roseira, M. (1998). *Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século 1998-2002 - Orientação para 1998*. Lisboa: Ministério da Saúde.