



Alto Comissariado
da Saúde



Plano Nacional de Saúde
2011-2016

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016

A QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS SERVIÇOS

LUÍS CAMPOS

PEDRO SATURNO

ANTÓNIO VAZ CARNEIRO

DEZEMBRO 2010



Este estudo foi coordenado por António Vaz Carneiro, que foi também autor do capítulo sobre Normas de Orientação Clínicas, Luis Campos foi investigador convidado pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na evidência (CEMBE), tendo sido o autor dos restantes capítulos, Pedro Saturno foi o consultor internacional que reviu o texto.

Este estudo teve ainda contribuições de Ana Lynce, Ana Lourenço, António Carvalho, Ana Mirco, Catarina Conceição, José Filipe Guia e Marta Pinto, do Serviço de Medicina IV do Hospital S. Francisco Xavier / CHLO.

Alguns dos objectivos, de alguns dos capítulos, foram baseados nas recomendações consensualizadas pelo Grupo de Trabalho da ARSLVT sobre Governação dos Hospitais, que foi constituído por Adalberto Campos Fernandes, Ana Escoval, António Vaz Carneiro, Armando Alcobia, Artur Vaz, Constantino Sakelarides, Henrique Martins, João Guerra, João Lobo Antunes, José Fragata, José Vítor Malheiros, Manuel Brito, Manuel Delgado, Miguel Fausto da Costa, Paolo Casella, Paula Lobato Faria, Paula Santana, Pedro Pita Barros, Rui Diniz, Rui M. M. Victorino e Vítor Ramos, tendo sido presidido por Luís Campos. Este trabalho foi publicado em livro pela Casa das Artes, editado por Luís Campos, Margarida Borges e Rui Portugal.

Algumas informações e dados sobre programas a decorrer no âmbito do Departamento de Qualidade da Direcção Geral de Saúde (DGS), inseridas na descrição da situação nacional de alguns capítulos, foram fornecidas pelo seu Director, Alexandre Diniz e pelos responsáveis das áreas: Anabela Coelho (Divisão de Gestão Integrada da Doença e Inovação), Cláudio Correia (Divisão da Mobilidade dos Doentes), Miguel Soares de Oliveira (Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional) e Cristina Costa (Divisão de Segurança do Doente)

O apoio de secretariado foi de Sara Lynce.

A todos, um sincero agradecimento pelo seu contributo.

Índice

1.	Introdução	10
2.	Enquadramento conceptual	11
2.1.	Definição de conceitos	11
2.1.1.	Saúde	11
2.1.2.	Qualidade dos cuidados de saúde	11
2.1.3.	Valor em saúde	12
2.2.	Condicionantes da evolução dos cuidados de saúde	13
2.2.1.	Condicionantes globais	13
2.2.2.	Condicionantes relacionadas com a procura	15
2.2.3.	Condicionantes associadas à oferta	16
2.3.	Determinantes da saúde e da qualidade dos cuidados de saúde	18
2.4.	Visão global do enquadramento conceptual	21
3.	O estado da qualidade	25
3.1.	O estado da qualidade a nível internacional	25
3.2.	O estado da qualidade em Portugal	25
4.	Objectivos e estratégias	30
4.1.	Implementar uma estrutura de governação da qualidade dos cuidados de saúde	30
4.1.1.	Introdução	30
4.1.2.	Situação internacional	32
4.1.3.	Situação nacional	35
4.1.4.	Objectivos	39
4.1.5.	Estratégias	40

4.2.	Definir metas nacionais na área da qualidade dos cuidados	40
4.2.1.	Introdução	40
4.2.2.	Objectivos	41
4.2.3.	Estratégias	41
4.3.	Promover uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do sistema de saúde	41
4.3.1.	Introdução	41
4.3.2.	Objectivos	42
4.3.3.	Estratégias	42
4.4.	Promover as melhores práticas ao nível do financiamento e sistema de pagamentos com impacte na qualidade	43
4.4.1.	Introdução	43
4.4.2.	Situação nacional	43
4.4.3.	Objectivos	46
4.4.4.	Estratégias	46
4.5.	Promover as melhores práticas ao nível da política de recursos humanos com impacte na qualidade	47
4.5.1.	Introdução	47
4.5.2.	Situação nacional	48
4.5.3.	Objectivos	49
4.5.4.	Estratégias	50
4.6.	Promover as melhores práticas ao nível do financiamento e sistema de pagamentos com impacte na qualidade	52
4.6.1.	Introdução	52
4.6.2.	Situação nacional	54
4.6.3.	Objectivos	55
4.6.4.	Estratégias	56
4.7.	Utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como suporte e instrumento da melhoria da qualidade	57
4.7.1.	Introdução	57
4.7.2.	Situação internacional	59
4.7.3.	Situação nacional	60

4.7.4.	Objectivos	61
4.7.5.	Estratégias	62
4.8.	Elaborar e implementar normas de orientação clínica	64
4.8.1.	Introdução	64
4.8.2.	Situação internacional	64
4.8.3.	Situação nacional	65
4.8.4.	Objectivos	65
4.8.5.	Estratégias	66
4.9.	Promover a segurança e estratégias de gestão do risco	67
4.9.1.	Introdução	67
4.9.2.	Situação internacional	71
4.9.3.	Situação nacional	73
4.9.4.	Objectivos	78
4.9.5.	Estratégias	78
4.10	Promoção de uma resposta integrada aos doentes crónicos	79
4.10.1.	Introdução	79
4.10.2.	Situação internacional	83
4.10.3.	Situação nacional	86
4.10.4.	Objectivos	90
4.10.5.	Estratégias	90
4.11.	Promover a participação e o <i>empowerment</i> dos doentes	94
4.11.1.	Introdução	94
4.11.2.	Situação internacional	95
4.11.3.	Situação nacional	96
4.11.4.	Objectivos	97
4.11.5.	Estratégias	97
4.12.	Assegurar as melhores condições para a mobilidade dos doentes	99
4.12.1.	Introdução	99
4.12.2.	Situação internacional	101

4.12.3. Situação nacional	102
4.12.4. Objectivos	113
4.12.5. Estratégias	114
4.13. Promover a acreditação das Unidades de Saúde	114
4.13.1. Introdução	114
4.13.2. Situação internacional	116
4.13.3. Situação nacional	117
4.13.4. Objectivos	117
4.13.5. Estratégias	118
4.14. Assegurar a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema	118
4.14.1. Introdução	118
4.14.2. Situação internacional	119
4.14.3. Situação nacional	119
4.14.4. Objectivos	120
4.14.5. Estratégias	120
5. Bibliografia	122

Glossário

ACE (S)	Agrupamento de Centros de Saúde
ACIDI	Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
ACS	Alto Comissariado da Saúde
ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria Andalucía
ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
Alert	Software que elimina o uso de papéis em ambientes clínicos
ALPHA	Agenda for Leadership in Programmes in Healthcare Accreditation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CH	Centro Hospitalar
CHAI	Commission for Health Audit and Inspection
CHI	Commission for Health Improvement
CHKS	Caspe Healthcare Knowledge Systems
CP	Cuidados Primários
CS	Centro de Saúde
CSC	Cuidados de Saúde Continuados
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTPRA	Comissão Técnica para a Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DC	Doença Crónica
DG SANCO	Directorate General for Health and Consumer Affairs
DGF	Departamento de Gestão Financeira
DGS	Direcção Geral de Saúde
DISMEVAL	Developing and Validating Disease Management Evaluation Methods for European Healthcare Systems

DoH	Department of Health
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DRCT	Doença Renal Crónica Terminal
EBM	Evidence Based Medicine
EFQM	European Federation of Quality Management
EM	Esclerose Múltipla
EPE	Entidade Pública Empresarial
EU	European Union
EUA	Estados Unidos da América
EUNetPas	European Network for Patient Safety
GID-EM	Gestão Integrada da Esclerose Múltipla
GLIA	Guideline Implementability Appraisal
GP	General practitioner
GRC	Gestão de Risco Clínico
HALT	Healthcare Associated Infections in Long Term Care
HAS	Haute Autorité de Santé
HCIS	Health Care Information Systems
HELICS	Hospitals in Europe Link for Infection Control Through Surveillance
HFF	Hospital Fernando da Fonseca
HOSIX	Sistema de gestão e informação hospitalar
HP	Hewlett Packard
IAIA	International Association for Impact Assessment
IBM	International Business Machines
ICCC	The Innovative Care for Chronic Conditions
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IoM	Institute of Medicine
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPSE	Improving Patient Safety in Europe
IQS	Instituto de Qualidade na Saúde

IRC	Insuficiência Renal Crónica
ISO	International Organization for Standardization
ISQA	International Society for Quality Assurance
ISS	Instituto de Segurança Social
JCAHCO	Joint Commission of Accreditation of Health Care Organisations
JCAM	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
KP	Kaiser Permanente
LDP	Local Delivery Plans
MedTrix	Electronic Health Record Software
MGF	Medicina Geral e Familiar
Min	Minutos
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NOC	Norma de Orientação Clínica
NSFs	National Service Frameworks
NZGG	New Zealand Guidelines Group
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
OND	Observatório Nacional da Diabetes
ONG	Organização Não Governamental
PADE	Programa de Apoio ao Doente Estrangeiro
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PCE	Processo Clínico Electrónico
PEN	Prescrição Electrónica Nacional
PET	Tomografia por Emissão de Positrões
PGD	Programa de Gestão do Doente Crónico
PIB	Produto Interno Bruto
PII	Plano para a Integração dos Imigrantes
PNCI	Programa Nacional de Controlo da Infecção
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSRO	Professional Standard Review Organisation

RMN	Ressonância Magnética Nuclear
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSE	Registo de Saúde Electrónico
RUS	Registo Único de Saúde
SA	Sociedade Anónima
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SI	Sistema de Informação
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINUS	Aplicação Informática utilizada em grande parte dos Centros de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SONHO	Aplicação Informática utilizada em grande parte dos Hospitais
SPEMD	Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária
SSDCC	Sistemas de Suporte à Decisão Clínica Computorizados
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UE	União Europeia
UK	United Kingdom
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
VACHS	Veterans Affairs Healthcare System
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

1. Introdução

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumido que o seja, no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016.

Na realidade, apesar dos importantes resultados que têm vindo a ser obtidos em termos de ganhos em saúde, quer a nível internacional quer no nosso país, subsiste uma variabilidade preocupante na prática médica, problemas de acesso, de continuidade de cuidados, atrasos na implementação de boas práticas, negligências com impacte mediático e na saúde dos doentes, um défice de cultura de avaliação e de monitorização e uma ampla margem de melhoria dos cuidados que hoje prestamos aos nossos doentes. Por outro lado, os cidadãos têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões. Os decisores políticos exigem que os dinheiros públicos se traduzam em cuidados de qualidade, procuram que a auto-regulação das várias classes profissionais ligadas à saúde ganhe transparência e compreensibilidade e enfrentam desafios difíceis, derivados da crise económica e de uma escassez de médicos nos próximos anos.

Tendo em conta que ainda existem muitas lacunas na demonstração de evidência no que concerne a estratégias para a melhoria de qualidade, é importante apostar nas que são comprovadamente efectivas e ensaiar outras, mas monitorizando-as e avaliando-as com rigor.

2. Enquadramento conceptual

2.1 Definição de conceitos

2.1.1 Saúde

Às vezes, o mais óbvio fica esquecido e o mais óbvio na elaboração dum Plano Nacional de Saúde é começar por definir saúde e a partir daqui identificar ganhos em saúde. Na realidade, esta definição está ausente na maior parte dos tratados de Medicina e, no conhecimento comum dos profissionais, ainda prevalece a definição da OMS de 1946 de que *a saúde é um estado de completo bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade* (WHO, 1946).

Na realidade, quando se fala no potencial para a ausência de doença, para um maior bem-estar e para uma maior aptidão funcional, no texto do PNS 2004-2010, é este conceito que está subjacente. Esta definição tem sido criticada como dicotómica, utópica e irrealista, mais condizente com a noção de felicidade, e a necessidade da sua redefinição tem sido defendida.

Na vida corrente, a maior parte da população sofre de alguma doença, mas enquanto as pessoas conseguem prosseguir na obtenção dos seus objectivos vitais, basicamente consideram-se saudáveis. A saúde não é dicotómica, é compatível com a existência de doença e diz respeito à pessoa, enquanto a doença está relacionada com o órgão ou parte do corpo ou da mente (Nordenfl L, 2000). A este conceito corresponde, muitas vezes, uma gradação e uma diversidade de entendimentos, em função de variáveis como o contexto socioeconómico, cultura, etnias, idade, profissão ou outras. Bircher propôs definir saúde como *um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal* (Bircher J, 2005). Na medida em que a formulação de 1946 da OMS já não se enquadra no pensamento actual, esta definição pode ser adoptada.

2.1.2. Qualidade dos cuidados de saúde

O conceito de qualidade, assim como as metodologias associadas à qualidade, foram disseminadas a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e, adaptadas à saúde, particularmente por Avedis Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman.

Na indústria, a qualidade de um produto ou serviço foi definida como a aptidão para o uso (Juran) ou como a satisfação dos requisitos dos consumidores desse produto ou serviço (Ishikawa), em todos os casos existe uma noção de adequação às expectativas de quem compra um produto ou utiliza um serviço.

Em saúde, apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspectiva e valores de quem a define é importante escolher uma formulação que sirva de referência. Em 1990, o *Institute of Medicine* definia qualidade em saúde como *o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente* (IoM, 1990). Outras instituições, como o Conselho da Europa e a Organização Mundial de Saúde (OMS), têm apresentado outras propostas que, no entanto, não nos parecem acrescentar nada de significativo a estas. Em 1997, o *Department of Health* (UK), propunha outra definição: *doing the right things right at the first time to the right people at the right time* (DoH, 1997). Esta definição representa uma boa síntese das várias dimensões da qualidade, mas parece-nos incompleta, pelo que habitualmente acrescentamos: *in the right place at the lowest cost*. Apesar de tudo, parece-nos que a formulação proposta pelo Programa Ibérico, em 1990, é ainda das mais completas e a que vamos adoptar: *prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes*. Na prestação de cuidados incluímos a promoção da saúde e a prevenção da doença.

2.1.3. Valor em saúde

A atenção ao preço e aos recursos disponíveis, incluída na definição de qualidade e que Donabedian adoptou também nos seus últimos escritos, é uma dimensão que pode ser associada ao conceito de medicina baseada no valor, introduzido no meio dos anos 2000, que inclui ainda a melhoria da qualidade de vida percebida pelo doente (Porter ME, 2006).

Na realidade, pensamos que esta noção é nuclear para o período de vigência do próximo PNS, em função da crise económica que atravessamos e se vai prolongar.

Em todas as áreas o valor é entendido como o ganho obtido em face do investimento feito. Valor, em cuidados de saúde, é definido por Porter como o resultado (*outcome*) em saúde por cada moeda gasta, o qual é determinado pela forma como é abordada cada condição médica do doente ao longo dum ciclo completo de cuidados, desde a prevenção e a monitorização, até ao seu tratamento e à gestão da doença. Ou seja, mais importante do que reduzir despesas em saúde,

é reduzir o desperdício e acrescentar valor ao dinheiro que gastamos na saúde, na prática, obter mais qualidade pelo mesmo dinheiro.

Esta nova forma de abordar os cuidados de saúde tem conhecido um amplo desenvolvimento, como o prova a publicação do livro *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation* (IoM, 2009).

2.2 Condicionantes da evolução dos cuidados de saúde

2.2.1 Condicionantes globais

Estando na base do conceito de qualidade a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas dos doentes, é fundamental entender as tendências de evolução dessas necessidades e expectativas, a forma como os próprios cuidados de saúde se estão a desenvolver e como isso condiciona a procura de cuidados e o que se está a passar na interface entre doentes e prestadores de cuidados.

E, a primeira condicionante é a de que os tempos que vivemos são caracterizados pelas mais vertiginosas e extraordinárias mudanças da história da humanidade, de que nós somos agentes e vítimas, simultaneamente. Mudanças sociológicas, políticas, ambientais e tecnológicas. Basta lembrar que o primeiro computador pessoal foi apresentado pela IBM em 1981, o *World Wide Web Project* iniciou-se em 1991 e a introdução do telemóvel deu-se em 1992. A Medicina é, das actividades humanas, uma das mais sujeitas ao stress da mudança (Campos L, 2009).

A segunda condicionante global é a incerteza e imprevisibilidade do futuro próximo. A possibilidade de pandemias, o aparecimento de microrganismos multiresistentes, as alterações climáticas, o terrorismo, podem num curto espaço de tempo, mudar as prioridades dos cuidados de saúde, pelo que será prudente cenarizar e criar planos de continência.

A terceira condicionante diz respeito à própria natureza do sistema de saúde, que é considerado um sistema complexo adaptativo (Stacey RD, 1996). Neste tipo de sistemas existe uma vasta área de imprevisibilidade na resposta aos estímulos. Assim, são sistemas em que é preferível estimular a diversidade, avaliar, estimular as boas práticas e inibir as más, um pouco como fazem os agricultores com as plantas. Esta noção é importante numa área em que não existe evidência para uma larga percentagem das decisões que têm que ser tomadas.

A quarta condicionante tem a ver com a mudança de conceito de resultados (*outcomes*) em cuidados de saúde: hoje em dia, as pessoas não estão só preocupadas com a melhoria do

estado de saúde, estão preocupadas, também, com a melhoria da qualidade de vida, dando importância ao impacto económico, às amenidades, à acessibilidade, ao respeito pelos seus direitos, à segurança, à continuidade de cuidados e é deste conjunto de variáveis que vai depender a satisfação.

As duas últimas condicionantes dizem respeito à situação específica do nosso país:

A existência de um défice acumulado de cerca de 150 mil milhões de euros do Estado português, de um défice de cerca de 600 milhões na área da saúde e a necessidade de cortar cerca de 11 mil milhões de euros até 2013 para reduzir o défice orçamental de 9,3% para 3% do PIB, obriga-nos a repensar prioridades e objectivos num ambiente de escassez de recursos. Estes factos, são ainda mais preocupantes, se atendermos ao crescimento das despesas totais de saúde, que cresceu de 4,8% do PIB, em 1979, para 9,9% em 2007 (OECD, 2009).

A outra condicionante tem a ver com a redução do número de médicos nos próximos anos por reforma, que vai afectar principalmente as especialidades mais envelhecidas, muito em particular a Medicina Geral e Familiar, onde, em 2007, 71% dos clínicos tinha mais de 50 anos (Santana P, 2009). Esta abrupta redução tem a ver com a introdução do *numerus clausus* nas faculdades: das 805 vagas que existiam em 1979 nas faculdades de medicina, passamos para 190 em 1986, situação que só começou a ser corrigida em 2000. Em Medicina Geral e Familiar o número de médicos desceu de 19.591 em 1982, para 4.985 em 2007, dos quais cerca de 40% se irá reformar até 2013 (Santana P, 2008), com o risco de deixar metade da população sem médico de família, se nada se fizer. As alterações às regras da reforma introduzidas no orçamento de 2010 vieram precipitar ainda mais esta previsão (Fig. 1).

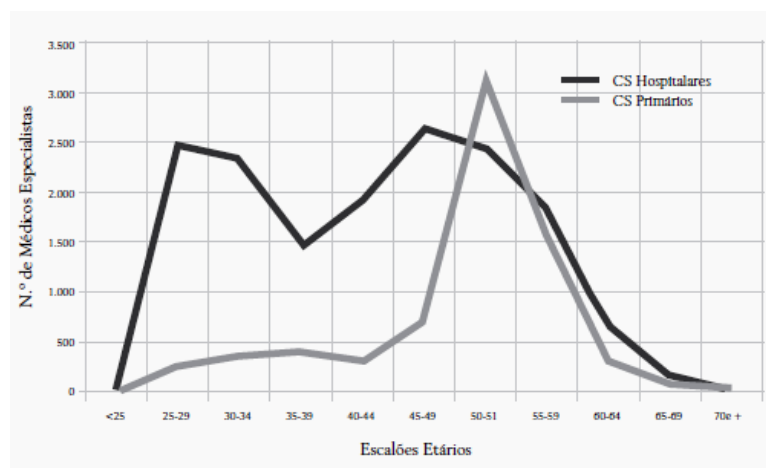


Fig. 1: Distribuição dos médicos nos hospitais e nos cuidados primários por grupos etários em 2008. Paula Santana in Campos L, Borges M, Portugal R editores. *Governança dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009.

2.2.2. Condicionantes relacionadas com a procura

Quando falamos em procura, queremos dizer necessidades dos doentes, para cuja resposta o sistema de saúde tem de se capacitar. Necessidades que são, também, moduladas pela evolução da oferta.

Em primeiro lugar, assiste-se ao aumento da população idosa. Em Portugal, entre 1981, pouco depois do início do SNS, e 2010, a população idosa passou de 1,125 milhões para 1,881 milhões, e pensa-se que atingirá os 2,14 milhões em 2020, o que representará 20,4% da população total e um aumento de 87% em quatro décadas (INE, 2009).

Com este aumento, vão aumentar também as doenças crónicas. Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005-2006, deverão ser mais de 5,2 milhões pessoas afectadas com pelo menos uma doença crónica, mas cerca de 2,6 milhões sofre de duas ou mais doenças crónicas, havendo mesmo cerca de 3% da população que sofre de cinco ou mais doenças crónicas (Dias CM, 2010). Estes números estão subestimados na medida em que se trata de auto-reporte.

Outro fenómeno importante do lado da procura é a hospitalização da morte. Em 1958, em Portugal, apenas 10% das pessoas morria por doença nos hospitais, presentemente já se morre mais no hospital do que em casa (Fig. 2) (Campos L, 2001).

Verifica-se, também, um aumento do consumo de cuidados médicos: entre 1980 e 2006, o número de consultas hospitalares passou de 2.728.600 para 12.586.145, o que representa um aumento de 4,6 vezes (INE, 2008).

Outra característica do lado da procura é o aumento das expectativas em relação à capacidade da medicina, as quais excedem muitas vezes a sua capacidade real. Para este fenómeno, muito contribuem as séries de televisão em ambiente hospitalar, que praticamente só mostram casos de sucesso, quando os médicos lidam quotidianamente com o insucesso.

Existem, ainda, outros aspectos da procura que estão também a mudar e são muito relevantes: cada vez mais existe uma preocupação com a predição e prevenção das doenças, os doentes estão mais informados e assumem um protagonismo cada vez maior na gestão da sua saúde e das suas doenças, têm mais seguros de saúde e recorrem cada vez mais ao sector privado, têm maior mobilidade e procuram alternativas para cuidados médicos em países estrangeiros.

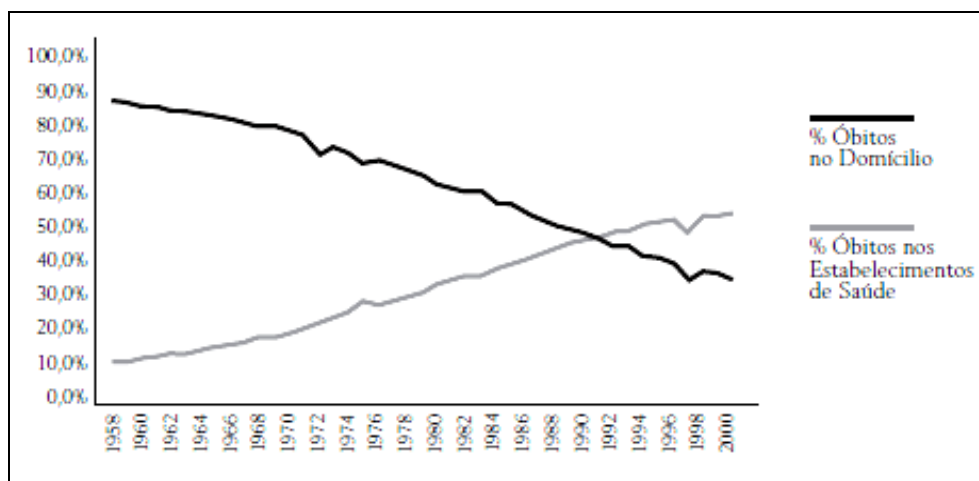


Fig. 2: A hospitalização da morte em Portugal entre 1958 e 2000, in Campos L, Borges M, Portugal R editores. *Governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009

2.2.3 Condicionantes associadas à oferta

A avaliação das tendências na oferta de cuidados de saúde permite-nos perceber a sua adequação à evolução das necessidades, mas também a sua enorme influência na determinação da procura.

Em primeiro lugar, assiste-se a um crescimento exponencial do conhecimento: são realizados cerca de 10.000 ensaios controlados e aleatorizados por ano e são editados, anualmente, cerca de 3.000.000 de artigos médicos. Calcula-se que, em cada cinco anos metade do conhecimento em Medicina seja modificado, e a informação médica duplique em cada 3,5 anos.

Este aumento do conhecimento tem várias consequências, sendo uma delas o aparecimento de super-especialistas que sabem quase tudo sobre quase nada. Este fenómeno é inexorável e é mesmo desejável, para a abordagem de patologias mais raras ou para a realização de procedimentos em que haja uma relação entre volume e qualidade. No entanto, esta tendência crescente, transversal a muitas áreas do conhecimento, gera a necessidade de sintetizadores que façam a ponte entre os saberes (Wilson E, 1998), porque os problemas são cada vez mais transversais e multidisciplinares (Morin E, 1998).

Também na saúde os nossos doentes são cada vez mais velhos, com mais doenças crónicas, com associações de doenças crónicas e precisam de alguém que tenha uma visão holística. Barbara Starfield, citava um doente numa urgência americana: “Estive em tantos médicos nos últimos meses, necessito de um médico para pôr tudo junto (...)”. Assim, quanto mais aumentar a hiper-especialização, mais se tornarão necessárias as especialidades generalistas como a Medicina Interna, a Pediatria e a Medicina Geral e Familiar.

A mudança no conceito de resultados aliada à crescente hiper-especialização, vieram induzir um novo paradigma na forma como são prestados os cuidados de saúde, particularmente os hospitalares: a necessidade do trabalho em equipa, única forma de permitir a diferenciação, mas também a multidisciplinaridade. Os resultados estão dependentes da actuação destas equipas, mas também da forma como se articulam entre si, da eficácia organizacional, da liderança e da experiência.

Para muitas patologias e procedimentos está demonstrada uma relação entre volume e qualidade. Dos muitos exemplos possíveis, destacamos alguns como o do cateterismo cardíaco, em que a mortalidade diminui 0,1% por cada 100 procedimentos anuais, na angioplastia coronária verifica-se uma redução das complicações major a partir das 400/ano e no *by-pass* coronário uma redução da mortalidade a partir dos 200 procedimentos/ano (Posnett J, 2002). Apesar de tudo, estes números têm que ser interpretados com cautela, porque nem os benefícios são significativamente evidentes em muitos procedimentos, nem estão ponderados os efeitos negativos da diminuição da acessibilidade aos cuidados de saúde.

As consequências desta evolução são a necessidade de escala e a tendência à concentração. A Comissão Técnica para o Processo de Requalificação das Urgências recomendava uma emergência médico-cirúrgica por cada 200.000 habitantes e uma urgência polivalente para um milhão de habitantes. Nas redes de referenciação publicadas pela Direcção Geral de Saúde constam recomendações, como a da existência de um serviço de infecciologia por 300 mil habitantes, um serviço de oncologia por 300 mil, um serviço de neurologia por 300 mil, um serviço de nefrologia por 300 a 500 mil ou um serviço de cirurgia vascular para 750 mil a um milhão de habitantes (Campos L, 2009).

A concentração está a acontecer de forma acelerada: em 1970 existiam 634 hospitais (DGS, 1998), esse número reduziu-se drasticamente para 60, em 2009, se contarmos como uma unidade, cada um dos 26 centros hospitalares criados nos últimos anos, e o despacho 5414/2008, que define os pontos da rede das urgências, aponta apenas para 44 hospitais de agudos.

Do lado da oferta verifica-se, ainda, um fantástico desenvolvimento tecnológico durante os 30 anos do SNS: o primeiro TAC foi introduzido em 1982, o primeiro sistema informático de registo de doentes em 1983, a RMN em 1987 e o PET Scan, em 2001. Existe muita inovação no campo dos novos fármacos, equipamentos e técnicas a ser já implementada ou a espreitar no horizonte, quer no campo do diagnóstico, como a *video-pill*, a *PET*, a braquiterapia, o diagnóstico genético; quer no ambulatório como a cirurgia minimamente invasiva e os implantes farmacêuticos; quer ainda na área do internamento, como os *stents* revestidos por fármacos, a robótica,

xenotransplantes, estimulação eléctrica e muitos outros. Estas técnicas, uma vez introduzidas, podem ter um crescimento exponencial (Campos L, 2009). Particularmente, os avanços no campo da genética, permitem esperar num futuro mais ou menos próximo uma medicina personalizada, de acordo com um mapa individual de risco genético.

Além disso, assiste-se a uma diversificação de prestadores de saúde, possibilitada pela existência de mais de 2.500.000 habitantes com subsistemas ou com seguros de saúde (Campos L, 2009).

Finalmente, sabemos que o *design* dos hospitais pode ter repercussões importantes em termos de ganhos de eficiência. Ou seja, fazer novos hospitais em substituição de hospitais obsoletos é um bom investimento, permitindo o seu retorno em cinco a seis anos. Em geral, um hospital custa tanto a fazer quanto custa a sua manutenção durante um ano.

2.3 Determinantes da saúde e da qualidade dos cuidados de saúde

Os resultados em saúde dependem naturalmente da qualidade dos cuidados prestados, mas estes poderão não determinar mais que 20% desses resultados.

Pensar em propostas que melhorem os resultados de saúde exige uma abordagem sistémica e a noção hoje aceite que outras determinantes da saúde, como sejam factores socioeconómicos, ambientais, culturais e biológicos/genéticos, são mais significativos (Reidpath D, 2004; Nicholson R, 2004; Swinburn B, 2004).

A compreensão destes factores é fundamental para definir estratégias de intervenção. Turrell identifica três níveis de determinantes, em relação aos quais podem ser direccionadas essas intervenções: num nível micro estão os sistemas de tratamento, gestão da doença e investigação clínica. No nível intermédio estão os estilos de vida e os programas individuais de prevenção e modificação dos comportamentos de risco. No nível macro estão as políticas de saúde, factores associados à globalização e factores sociais, físicos, económicos e ambientais (Fig. 3) (Turrell G, 1999). Alguns autores chamam, distais, aos factores do nível macro e proximais aos do nível micro (Reidpath D, 2004).

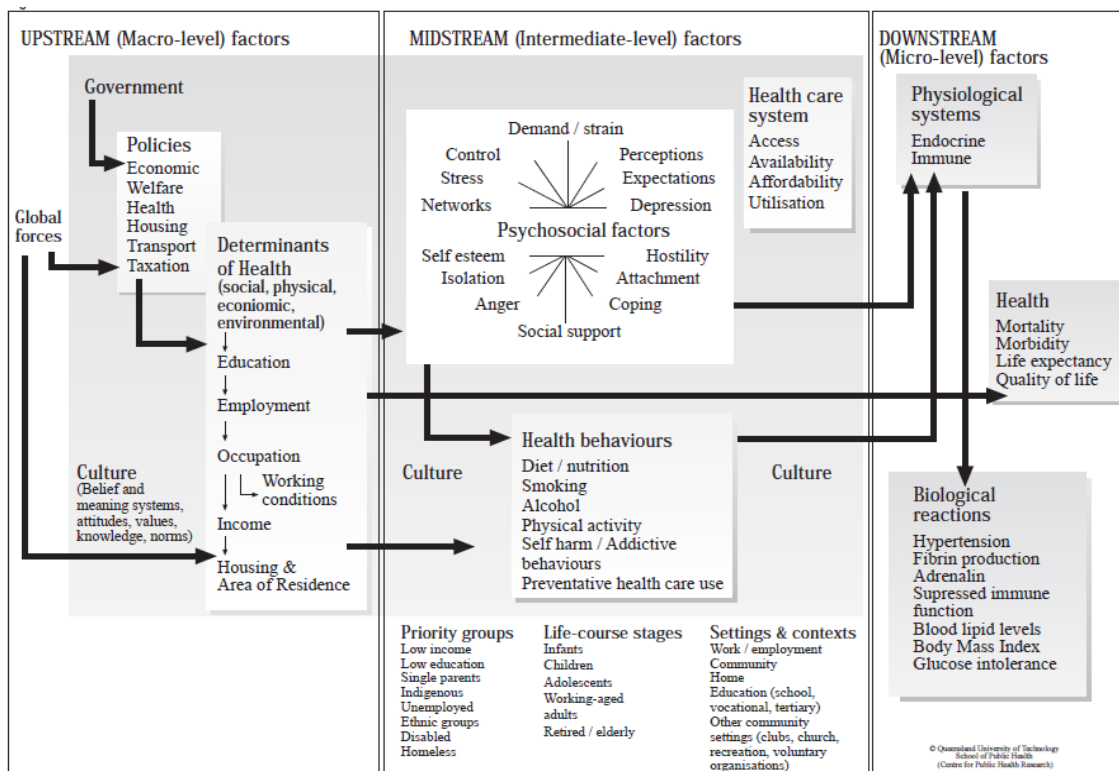


Fig. 3: Enquadramento para os factores socioeconómicos da saúde. Turrell G, 1999.

Os factores ambientais são valorizados pela OMS como determinando 25% da saúde da população (WHO, 1997) e incluem as questões ligadas à poluição da água e do ar, a biodiversidade, o aquecimento global, a depleção do ozono, as condições de trabalho e das habitações, a qualidade dos transportes, a segurança alimentar, a gestão de resíduos, a política energética, o ambiente urbano, entre outros.

Dos factores socioeconómicos destaca-se a educação, rendimento, grau de inclusão social, situação de emprego, ocupação, habitação, mecanismos de *coping*, entre outros.

Os resultados em saúde, estão ainda dependentes das características dos indivíduos, quer sejam biológicas (idade, género, raça e etnia), genéticas, culturais (sistema de valores e crenças, normas sociais, atitudes), das características dos cuidadores e da comunidade (competências, redes de apoio social, valores, cultura, tradições e normas sociais), dos comportamentos de risco (alimentação, exercício, consumo de tabaco ou drogas, *stress* e hábitos sexuais), e da forma como os cidadãos procuram e implementam os cuidados, modificam os comportamentos de risco e os cuidadores e a comunidade os apoiam.

As políticas de saúde específicas do sector ou intersectoriais, assim como os mecanismos de regulação, têm um importante impacto sobre os resultados em saúde.

Do lado da oferta de cuidados terão influência as próprias características dos prestadores (idade, conhecimentos, aptidões, experiência, estado físico, personalidade, capacidade de comunicação, senso, sentido de oportunidade, carga de trabalho), das instituições (hospital universitário/não universitário, *profit/non-profit*, escala, volume de casos, *design*, circulações, ambiente para a cura, tecnologia, sistema de informação, etc.), as características do sistema (articulação entre as diferentes redes de cuidados, as parcerias, o financiamento, a política de incentivos, o planeamento dos recursos humanos, entre outros) e a forma como os cuidados são prestados (acesso, organização, equidade).

Da organização dos cuidados, são particularmente relevantes os aspectos em que existe evidência de uma relação directa com os resultados (ex. redução do tempo *door-needle* ou *door-balloon*, no caso do enfarte agudo do miocárdio; implementação de normas de orientação clínica; estratégias de redução do risco clínico, criação de Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais; implementação de uma sistema de prescrição informatizado, entre outros). É esta interdependência que pretendemos ilustrar na figura 4.

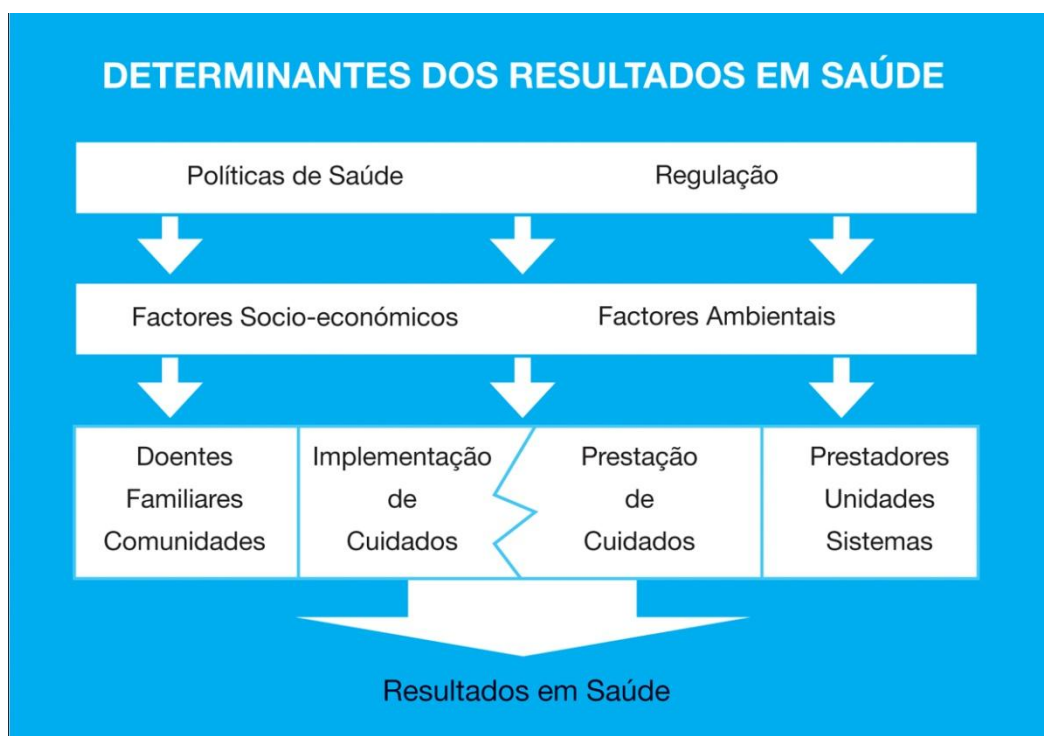


Fig. 4: Determinantes da saúde e da qualidade dos cuidados.

Assim, a melhoria da saúde dos portugueses exige uma intervenção que excede o Ministério da Saúde, e exige um alinhamento de políticas de saúde em todas as áreas de governação, potencialmente com impacte nos resultados em saúde, genericamente enquadráveis no programa “Saúde em todas as políticas”.

É essencial melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e o acesso, mas é preciso também ter políticas saudáveis de transportes, de urbanização, de energia, de gestão dos resíduos, na agricultura, na gestão da água e do ar, estratégias de modificação de comportamentos de risco, políticas de melhoria das condições de trabalho e de habitação, de combate à exclusão e discriminação social e à falta de equidade, entre outras. O impacto dessas intervenções deverá ser avaliado por metodologias hoje bem estabelecidas englobadas no conceito de *Health Impact Assessment* (IAIA, 2006).

2.4 Visão global do enquadramento conceptual

As actividades no âmbito da qualidade podem dividir-se em ciclos de melhoria, desenho da qualidade e monitorização da qualidade. Os ciclos de melhoria, partem da identificação de um problema de qualidade ou oportunidade de melhoria, em alguns aspectos dos serviços que se oferecem, com o objectivo de os solucionar ou melhorar. A monitorização da qualidade, parte da identificação de aspectos relevantes dos serviços que se oferecem e da criação de indicadores sobre a sua qualidade, com o objectivo de identificar oportunidades de melhoria ou problemas de qualidade. O desenho da qualidade, aplica-se à programação de um novo serviço a oferecer ou ao redesenho de serviços já existentes, de acordo com a identificação das necessidades e expectativas dos utentes e dos resultados a atingir.

Actividades de Gestão da Qualidade

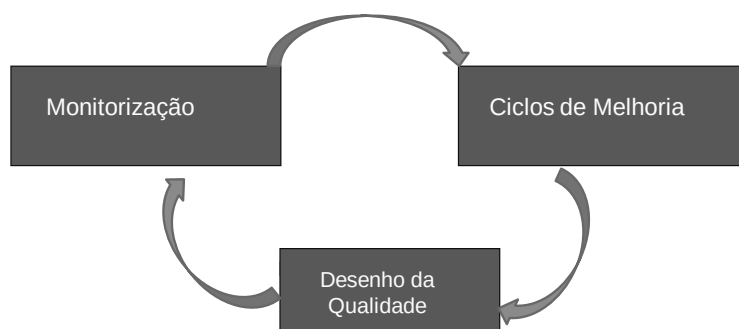


Fig. 5: Actividades de gestão da Qualidade. (Saturno P, 2000)

A complexidade do conceito de qualidade pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, se identificarmos quais as principais dimensões englobadas, as quais permitem discriminar melhor as áreas de intervenção. A nossa proposta inclui a efectividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito.

Efectividade é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;

Eficiência é o grau em que os objectivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos;

Acesso pode ser definido como a inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários;

Segurança tem a ver com a ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde.;

Equidade relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras;

Adequação é o grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte;

Oportunidade é a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição;

Cuidados centrados no doente é a dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores;

Continuidade é a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis;

Respeito é a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.

Estas dimensões incluem as oito propostas pelo *Institute of Medicine* (IoM, 2001), mas alargam-se ao acesso e à adequação. Outras dimensões têm sido propostas como a satisfação e a melhoria de saúde, mas são, quanto a nós, resultados complexos que decorrem das dimensões previamente mencionadas. Apesar de tudo, não aparecem duas propostas iguais de organizações diferentes. Na realidade, todas estas dimensões estão associadas à qualidade dos cuidados de saúde, existem áreas de sobreposição e qualquer lista será incompleta, pelo que a opção pelas dez dimensões citadas nos parece uma boa base de trabalho.

Outra definição importante é a dos níveis de qualidade, que correspondem a níveis de responsabilidade pela qualidade dentro do sistema de saúde, em que a qualidade pode ser avaliada, monitorizada e melhorada. Nós propomos quatro níveis de qualidade: indivíduo/equipa, unidade, organização e sistema. Também o Conselho da Europa, em 1997, propôs quatro níveis, mas a nossa proposta não é sobreponível na identificação desses níveis.

Finalmente, existe a identificação clássica introduzida por Donabedian em 1980, que, para efeitos de medição da qualidade dos cuidados de saúde a diferenciou em estruturas, processos e resultados. A estrutura é *o conjunto de atributos dos locais onde são prestados os cuidados de saúde, incluindo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional*, os processos dizem respeito *ao modo como os cuidados são prestados e recebidos, incluindo a procura de cuidados por parte do utente, como este os segue e as actividades do prestador para chegar ao diagnóstico e implementar um tratamento* e os resultados são *os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos doentes e populações, incluindo a melhoria do conhecimento do doente, mudanças salutareis de comportamento e a sua satisfação com os cuidados*.

Tendo em conta a multiplicidade de factores que determinam os resultados que obtemos com os nossos doentes, que se podem sintetizar em estruturas e processos, os vários níveis de responsabilidade pela qualidade dos cuidados e as várias dimensões da qualidade, é possível construir uma matriz tridimensional que cruze estes três vectores e identifique estratégias ligadas às estruturas, aos processos ou aos resultados, com impacte em cada um, ou em vários níveis e nas várias dimensões da qualidade. Assim, todos, aos vários níveis, têm que ser avaliados e responsabilizados pelas decisões que tomam. Os resultados em saúde, devem deixar de ser apenas uma matéria para médicos, enfermeiros e técnicos e passarem a dizer respeito, também, a gestores, políticos e a todos os decisores, em geral.



© Luís Campos, 2009

Fig. 6: Enquadramento conceptual para as actividades relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde

Impõe-se uma mudança de paradigma: a governação clínica deve ser pensada no contexto da governação dos vários tipos de instituições e sistemas de prestação de cuidados, associada à *corporate governance* e ao apoio dos serviços não clínicos, e estas, no quadro mais global da governação do Sistema de Saúde, entendida como o enquadramento que garante, aos vários níveis do Sistema de Saúde, que as decisões sobre estruturas e processos, têm como principal alvo e critério o doente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, com o objectivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efectivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema (Fig. 7).



Fig. 7: Governação do Sistema de Saúde. Campos L, 2009.

3. O Estado da qualidade

3.1 O estado da qualidade a nível internacional

Nos EUA, o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade, os custos e a eficiência têm uma variabilidade entre estados de duas a treze vezes ou mais, em indicadores chave. Há evidência que as políticas de saúde dos estados e o acesso aos cuidados podem fazer a diferença (WHO, 2008a). Não há evidência de uma relação entre gastos em saúde e qualidade a nível dos estados e, existe uma ampla margem de melhoria (Davis K, 2007). Quando comparado com outros países, o sistema de saúde americano baseado no mercado e com mecanismos de regulação muito limitados, é dos que têm mais fraco desempenho (Shoen C, 2007). Nos EUA as questões da qualidade estão a ter uma maior aceitação por parte dos prestadores, que entendem a necessidade de uma maior transparência em relação à qualidade e aos custos e uma maior responsabilização pelos resultados, mas também pelo activismo dos próprios doentes.

O *Institute of Medicine* tem tido um papel muito importante na demonstração de problemas de qualidade nos EUA: No livro *To Err is Human*, aparece uma extensa revisão, mas ressalta a estimativa de morrerem anualmente 44.000 a 98.000 americanos por erro médico, ou em publicação mais recente (Aaron HJ, 2008), a revelação de que são gastos, anualmente, 700 bilhões de dólares em cuidados que não melhoram os resultados de saúde.

No Reino Unido, o relatório *An organization with a memory* (2000), revelava que o NHS gasta, anualmente, 400 milhões de libras em litigação, que existiam 850.000 efeitos adversos, anualmente, com custos de dois bilhões de dólares em dias de internamento adicionais e que e as infecções hospitalares custam 1 bilhão de libras, sendo 15% delas preveníveis.

Em muitos outros países há uma diferença muito significativa entre os resultados obtidos com os actuais cuidados e os que poderiam ser obtidos, se esses cuidados fossem prestados a um nível óptimo.

3.2 O estado da qualidade em Portugal

É preciso reconhecer, como é amplamente consensual, que o Serviço Nacional de Saúde é o maior exemplo de sucesso, ao nível dos serviços públicos da democracia portuguesa, com notáveis melhorias em alguns indicadores, reconhecidas internacionalmente.

A própria avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, feita pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010a) mostra que, dos 64 indicadores avaliáveis estatisticamente, prevê-se que em cerca de metade as metas sejam conseguidas em 2010 e que cerca de 80% dos indicadores apresentam uma evolução muito favorável relativamente à média do grupo dos 15 países da União Europeia (UE15).

No entanto, o mesmo relatório identifica a manutenção de um fraco desempenho ao nível de comportamentos saudáveis e um crescimento das desigualdades na saúde. Identifica ainda que metas importantes como a demora média hospitalar, a mortalidade por suicídio, o consumo de antidepressivos, ansiolíticos e sedativos, entre outros indicadores, piorou nestes anos e que áreas fundamentais como a questão da sustentabilidade do sistema de saúde, os recursos humanos e a qualidade e segurança dos cuidados não foram objecto de atenção neste PNS.

O relatório da OMS faz algumas recomendações, das quais se destaca a necessidade de um melhor alinhamento das estratégias com as tomadas de decisão e implementação a nível central, de balancear objectivos amplos com um número limitado de objectivos prioritários de médio prazo, de uma maior liderança das autoridades regionais de saúde no envolvimento dos *stakeholders* e comunidade, de um maior fortalecimento das relações interministeriais para a criação de mais valor em saúde, de uma melhor utilização de ferramentas de mudança, de medidas com maior robustez em termos de evidência e de uma melhor informação pública sobre os ganhos obtidos.

Dito isto, é também importante reconhecer que em Portugal, existe pouca avaliação da qualidade dos cuidados e da sua variabilidade. Mesmo ao nível das grandes reformas não existe uma cultura de avaliação do seu impacto: mudanças tão importantes como transformação dos hospitais em E.P.E., a criação de centros hospitalares, a reforma das urgências, as unidades locais de saúde (ULS), as unidades de saúde familiares (USF), os agrupamentos de centros de saúde (ACE), as unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), entre outras, não têm praticamente sido avaliadas ou se tal aconteceu, foi de forma muito insuficiente.

Apesar dos bons resultados obtidos, os cidadãos não têm genericamente uma impressão muito positiva sobre o Serviço Nacional de Saúde. Num estudo recente de Villaverde Cabral (2009), 95% dos portugueses defende a necessidade de mudanças no Serviço Nacional de Saúde, havendo mesmo 67% que defende grandes mudanças ou mesmo ser completamente refeito. Em relação aos cuidados hospitalares só 44% está satisfeito ou muito satisfeito com as consultas externas, 40 % com o internamento e 45% com as urgências. Quando é perguntado quais as medidas mais importantes que deviam ser tomadas para melhorar o SNS, as mais citadas são a

redução do tempo de espera para consultas/hospitais/cirurgias (43%), a melhor organização dos recursos (33%), investir mais dinheiro (30%) e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (24%). É preciso advertir que os cidadãos que já utilizaram o SNS têm melhor impressão do que os que nunca utilizaram, o que indicia a influência distorcida dos media.

Os primeiros dados ainda não publicados do Sistema Sim - cidadão permitem caracterizar melhor a natureza das reclamações dos utilizadores do SNS, onde se pode concluir que ainda são os hospitais as instituições que geram maior número de reclamações (Tabela 1), o tempo de espera na urgência é a maior causa de insatisfação (Tabela 2) e que os médicos são a classe profissional mais visada (Tabela 3).

Tipo de Instituição	Nº	%
Hospitais	25972	62,45
Centros de Saúde	14819	35,63
Institutos	361	0,87
Maternidades	268	0,64
Outros	169	0,41
Nº Total	42589	100,00

Tabela 1. Reclamações por tipo de instituição. Sistema SIM-Cidadão (01/01/09 a 31/10/09). Departamento da Qualidade - DGS.

Tipo de Exposição	Nº	%
Tempo de espera no serviço de urgência	6300	12,88
Tempo de espera para atendimento	4653	9,51
Falta de cortesia	2635	5,39
Dificuldade de marcação de consulta	1903	3,89
Recusa de consulta	1773	3,62
Má prática	1652	3,38
Regras inadequadas/inaplicáveis	1652	3,38
Perfil desadequado	1439	2,94
Desrespeito no trato interpessoal	1403	2,87
Falta de Informação aos utentes	1196	2,45
Outros	24305	49,69
Nº Total	48911	100,00

Tabela 2. Reclamações por tipo de exposição. Sistema SIM-Cidadão (01/01/09 a 31/10/09). Departamento da Qualidade - DGS.

Classe Profissional	Nº	%
Médico(a)	20204	46,42
Dirigente Intermédio	10705	24,60
Administrativo(a)	5510	12,66
Enfermeiro(a)	3280	7,54
Pessoal Concessionado	987	2,27
Dirigente de Topo	691	1,59
Outros	2147	4,93
Nº Total	43524	100,00

Tabela 3. Reclamações por classe profissional. Sistema SIM-Cidadão (01/01/09 a 31/10/09). Departamento da Qualidade-DGS

Recorrendo ao relatório da actividade em cirurgia programada de 2008, podemos verificar que existem cerca de 122.000 doentes em espera não clinicamente aceitável, isto apesar do aumento das cirurgias e da redução dos doentes em lista de espera. Os obesos são os doentes que mais tempo permanecem na lista de espera das cirurgias (15 meses). Seguem-se os doentes com doenças do sistema nervoso central (6,7 meses), doença benigna da mama (6,4 meses), coluna vertebral (6,8 meses) e doença benigna da próstata (5,2 meses).

Os registos de patologias são fontes magníficas de informação sobre o conhecimento das doenças, mas também sobre a prática clínica. No Registo Português de Cardiologia de Intervenção de 2002 (Pereira H, 2004) verifica-se que a realização de intervenções coronárias percutâneas foi, em 2000, de 533/milhão de habitantes, enquanto este procedimento se realiza aproximadamente duas vezes mais na Bélgica, três vezes mais em França e quatro vezes mais na Alemanha. Além disso, a mortalidade em Portugal, em 2002, tinha sido de 2,2%, enquanto a média europeia era 0,5%.

O Registo Nacional de Síndromas Coronárias Agudas de 2002 (Ferreira J, 2004) mostrava, entre outros dados, que o tempo *door-needle* para a trombólise era de 57 min, com uma grande variabilidade entre centros, quando a recomendação é que seja feito nos primeiros 30 min. Mostrava, também, que a taxa de prescrição de β bloqueantes à data de alta era de 67%, aquém do esperado e da média de outros registos europeus.

Dos estudos de adesão às normas de orientação clínica destacamos um estudo sobre a utilização de antibióticos em 122 doentes com pneumonia adquirida da comunidade num serviço de urgência dum hospital central (Teixeira S, 2007), em que se verificou que 43% dos doentes iniciava antibioterapia não indicada nas normas de orientação clínica então publicadas.

Na análise à evolução do PNS 2004-2010 podemos destacar ainda alguns indicadores em que houve agravamento da situação entre 2001 e 2008, como por exemplo no número de nascimentos pré termo por 1.000 nados vivos, que passaram de 5,7% para 9,0%, a taxa de partos por cesariana que passou de 29,9% para 35,6% (2007), a taxa de mortalidade prevista por suicídio antes dos 65 anos por 100 mil habitantes, que passou de 4,9% para 5,7%, o elevado consumo de quinolonas no total dos antibióticos que se mantém em 12,7%, o aumento da percentagem de indivíduos com 18 e mais anos considerados obesos, que passou de 12,0% para 15,2% entre 1999 e 2006 (ACS, 2010).

Estes são alguns, entre outros exemplos, que em Portugal, enfrentamos o mesmo tipo de problemas que outros países, constatando-se uma diferença entre os resultados que obtemos com os cuidados que prestamos e os que poderíamos obter se prestássemos os melhores cuidados.

4. Objectivos e estratégias

4.1 Implementar uma estrutura de governação da qualidade dos cuidados de saúde

4.1.1. Introdução

Durante os anos 80 e 90 assistiu-se, em muitos países, a uma forte preocupação e investimento na qualidade dos cuidados de saúde. Isso não impediu uma sucessão de escândalos relacionados com erros dos cuidados médicos, publicitados durante os anos 90, um pouco por todos os países. Em Inglaterra esses escândalos culminaram com o inquérito de Bristol, que decorreu entre 1998 e 2001, e que concluiu que, num hospital de Bristol, tinha ocorrido a morte desnecessária de 30 crianças com menos de um ano, submetidas a cirurgia cardíaca, ao longo de um período de 10 anos. Múltiplos, outros, problemas de qualidade na prestação de cuidados de saúde, foram amplamente ilustrados na publicação *An organization with a Memory* do NHS, também no mesmo ano.

Assim, o NHS, a quarta maior empresa do mundo, depois dos correios na Índia, os caminhos-de-ferro da Rússia e o exército chinês, percebeu a sua incapacidade de monitorizar e garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos cidadãos e introduziu o termo de *clinical governance*, que apareceu pela primeira vez em 1997, no livro branco da saúde do *National Health Service* (NHS): *The New NHS Modern Dependable* (DoH, 1997), como parte de uma estratégia de modernização do sistema de saúde. A governação clínica era caracterizada como um quadro, através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos (DoH, 1998).

Os principais componentes da governação clínica eram: uma cultura aberta e de participação, em que a educação, pesquisa e a partilha das boas práticas são esperadas e valorizadas; uma definição clara de linhas de responsabilidade pelos cuidados clínicos; a existência de um programa compreensivo de actividades para a melhoria da qualidade; o desenvolvimento da capacidade de liderança ao nível clínico; a disseminação sistemática da prática baseada na evidência das inovações; a implementação de bons programas de gestão do risco clínico e o trabalho em equipa multidisciplinar em todos os níveis da organização.

Esta reforma do NHS representa um exemplo de uma resposta do Estado face aos problemas crescentes com a regulação da *expertise*, numa era de maior consciência dos riscos por parte dos consumidores.

Na realidade, os médicos, como outras ocupações especializadas, pela exclusividade do conhecimento que adquirem ganham um poder de auto-regulação que lhes permite determinar a formação, o conteúdo, a avaliação e a recompensa pelo seu trabalho (Dingwall R, 1999). A governação clínica, tal como a *corporate governance* é uma forma de encontrar um equilíbrio entre este poder de auto-regulação e a exigência de transparência e responsabilização por parte dos consumidores (dos accionistas no caso da *corporate governance*).

Apesar de nos referirmos mais ao Reino Unido, onde nasceu o conceito da governação clínica, esta preocupação é transversal no espaço e no tempo a muitos países, entre os quais os EUA, onde em 2000 e em 2001, surgiram dois livros do *Institute of Medicine* focados nesta temática, com preocupações e propostas semelhantes: *To Err is human* (IoM, 2000) e *The Chasm of Quality* (IoM, 2001).

No entanto, os componentes da governação clínica poderão ser entendidos como redutores, se pensarmos em todos os determinantes da qualidade clínica, englobando todas as questões que dizem respeito aos *inputs* (recursos financeiros, instalações, recursos humanos, etc.), às estruturas, aos processos e aos resultados. A qualidade dos cuidados não está apenas dependente da prática médica.

Daí que, alguns autores (Chandra S, 2004), tenham proposto uma definição mais abrangente e definam a governação clínica como “um sistema através do qual as organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão dos *inputs*, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica”.

Também Rob McSherry, enfatizando a dependência da governação clínica, focada mais na melhoria contínua da qualidade, em relação à *corporate governance*, focada na implementação dos sistemas para reduzir o risco, e ao apoio dos serviços não clínicos, propôs o termo de *healthcare governance*, que definiu como “o estabelecimento de um enquadramento de suporte para a melhoria da qualidade clínica, baseado em infra-estruturas organizacionais de apoio à governação clínica, *corporate governance* e áreas não-clínicas da governação” (McSherry R, 2002).

O reconhecimento de que os objectivos pretendidos pela governação clínica estão dependentes de múltiplos determinantes, levou o Departamento de Saúde do NHS a afirmar mais

tarde no seu *Integrated Governance Handbook* (DoH, 2006) que “estas discussões confirmaram que mudar de uma governação em silos (ex: governação clínica, governação da informação) para uma agenda integrada é não só essencial como uma forma prática das administrações assumirem as suas responsabilidades” e definiram o conceito de governação integrada como “um conjunto de sistemas, processos e comportamentos pelos quais os *trusts* devem liderar, dirigir e controlar as suas funções, de forma a atingirem os objectivos organizacionais, a segurança e qualidade dos serviços e com os quais se relacionam com os doentes, cuidadores, a comunidade e as organizações com que têm parcerias”.

Assim, tal como já escrevemos no capítulo do enquadramento conceptual, “impõe-se uma mudança de paradigma: a governação clínica deve ser pensada no contexto da governação dos vários tipos de instituições e sistemas de prestação de cuidados, associada à *corporate governance* e ao apoio dos serviços não clínicos, e estas, no quadro mais global da governação do Sistema de Saúde, entendida como o enquadramento que garante, aos vários níveis do Sistema de Saúde, que as decisões sobre estruturas e processos, têm como principal alvo e critério o doente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, com o objectivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efectivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema” (Campos L, 2009).

4.1.2. Situação internacional

Que estruturas asseguram nos vários países a governação do sistema de saúde, entendida da forma enunciada?

Nos EUA, os organismos dedicados à qualidade dos cuidados de saúde, são geralmente organizações não governamentais com carácter *non-profit*, como a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), assim como a *Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System* e o *Institute of Medicine*.

A conceptualização das questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde conheceu um forte incremento a partir da criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) em 1952, nos EUA.

A nível europeu persistem um conjunto de países que não tem legislação sobre a qualidade dos cuidados de saúde, onde se inscrevem por exemplo a Grécia, Polónia e Hungria, alguns que só recentemente criaram legislação ou implementaram políticas relacionadas com a

qualidade, nos quais Portugal se inclui, assim como a República Checa, Eslovénia e Irlanda, e países com uma longa tradição na implementação de estratégias de qualidade como o Reino Unido, França, Espanha, Alemanha, Holanda e alguns outros (WHO, 2008a).

No Reino Unido foram, inicialmente, criadas em 1999, três estruturas: o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), cujos objectivos são o desenvolvimento de normas de orientação clínica, baseadas em evidência clínica relevante e custo-efectivas, de metodologias de auditorias clínicas e a disseminação de boas práticas; a *National Service Frameworks* (NSFs), cujo objectivo é a definição, avaliação e implementação de modelos para serviços específicos ou grupo de cuidados; e a *Commission for Health Improvement* (CHI), depois substituída, em 2004, pela *Commission for Health Audit and Inspection* (CHAI), cuja função é a liderança na implementação dos princípios da governação clínica, o escrutínio a nível local das actividades de melhoria da qualidade, a monitorização da implementação das normas emanadas do NICE e da NSFs e apoiar o NHS na resolução de problemas clínicos persistentes.

A par destas estruturas, foram eleitas como principais estratégias para garantir a qualidade dos cuidados no NHS a aprendizagem ao longo da vida (*lifelong learning*) e a auto regulação profissional. Este enquadramento foi ilustrado na publicação original do NHS: *A first class service* (DoH, 1998).

A publicação sobre *Integrated Governance* (DoH, 2006) definiu orientações para os dirigentes das organizações, assumindo uma cultura de descentralização, aumentando a autonomia e a responsabilização a nível local. Os *business plans* dos *Primary Care Trusts*, chamados de *Local Delivery Plans* (LDP), foram considerados os instrumentos essenciais para assegurar a responsabilização pela boa governação. Estes LDP deveriam incluir a contribuição da organização para as metas nacionais e locais, deveriam garantir a conformidade com as *National Service Frameworks* e os *Standards for Better Health*, um conjunto de critérios que definiam os níveis mínimos de serviços e a agenda para a melhoria contínua, o planeamento financeiro e o alinhamento da direcção estratégica com mecanismos locais de controle dos principais riscos da organização (*The Assurance Framework*).

Em 2009, o NHS publicou a sua constituição (DoH, 2009a), que estabelece os seus princípios e valores, os direitos dos doentes, público e profissionais, explicita os compromissos do NHS, assim como as responsabilidades mútuas dos doentes, público e profissionais. Ao mesmo tempo, foi publicado um documento que define os mecanismos de responsabilização (DoH, 2009b), onde foi criada uma nova entidade, como principal reguladora independente da qualidade e segurança dos cuidados prestados por qualquer entidade pública ou privada, respondendo

directamente perante o parlamento: a *Care Quality Commission*. Esta comissão assegura, também, a regulação dos serviços sociais de adultos. A regulação da actividade dos profissionais manteve-se na esfera de entidades corporativas independentes, as questões relacionadas com sangue, órgãos, plasma e tecidos no NHS, manteve-se no *NHS Blood and Transplant Authority*, a regulação dos fármacos e dispositivos manteve-se, na *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* e a elaboração de normas de orientação, clínicas ou organizacionais, assim como, estudos de custo-efectividade dos fármacos no NICE. Na verdade, as mudanças no Reino Unido são tão rápidas que se torna difícil o seu acompanhamento e avaliação. Por outro lado, existem diferenças organizativas entre Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, o que dificulta uma apreciação global.

Em França, a preocupação com a qualidade dos cuidados data dos anos 80, princípio dos 90 e foi, também, despoletada por uma série de relatórios de incidentes e más práticas nos serviços de saúde. Em 1990, foi criada a *Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale* (ANDEM). Outras iniciativas foram a disseminação de normas de orientação clínicas, desenvolvimento de sistemas de informação, criação de redes para melhorar a coordenação e continuidade de cuidados, medidas estas que fizeram parte da chamada Reforma Juppé, no contexto da qual foi criada a *Agence National d'Accreditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES), que substituiu a ANDEM. Por sua vez, a *Haute Autorité de Santé* (HAS), substituiu em Outubro de 2004, a ANAES, tendo também absorvido as funções da *Commission de Transparence* e da *Comission Economique pour les Produits de Santé*.

A HAS é uma organização pública independente, de natureza científica, cuja missão é a promoção das boas práticas no sistema de saúde francês, através da elaboração e disseminação de normas de orientação clínicas, *Health Technology Assessment*, avaliação do desempenho profissional, programas de acreditação, certificação de tecnologias de informação na área da saúde, podendo actuar a pedido do Ministério da Saúde, mas também das companhias seguradoras ou das organizações médicas. A avaliação dos medicamentos está a cargo da *Agence Francaise de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé* (AFSSAPS), estabelecida em 1998. Existem ainda, desde 1993, as chamadas *Union Régionale des Medecins Liberaux*, que juntam clínicos gerais e outros especialistas para apoiarem os médicos na avaliação da prática médica e na disseminação de normas de orientação clínicas (WHO, 2008a).

Em Espanha, a responsabilidade pela qualidade está, essencialmente, nos serviços de saúde regionais das 17 regiões autónomas, tendo o Ministério da Saúde um papel de suporte.

Desde 2006, existe um Plano Nacional de Qualidade que define estratégias para garantir a máxima qualidade dos cuidados de saúde a cada cidadão.

4.1.3. Situação nacional

A história da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal é um bom exemplo de oportunidades perdidas e de como a inconsistência das políticas nos fazem atrasar e recuar, mesmo em áreas em que fomos pioneiros.

Poderemos considerar 1983, o ano em que Emilio Imperatori elaborou uma lista de indicadores para os Centros de Saúde e em que foi introduzida a Revisão de Utilização, pelo então denominado Departamento de Gestão Financeira (DGF), como o início da história moderna da qualidade em Portugal. Entre 1987 e 1989 existiu um Programa Ibérico que desenvolveu estratégias conjuntas na área da qualidade. Em 1989, surgiu no Hospital S. Francisco Xavier, a primeira comissão da qualidade a nível hospitalar. Em 1991, a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários elaborou orientações nacionais para a garantia de qualidade e foi criada a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade. Durante os anos 90, assistiu-se à disseminação das comissões de qualidade nos hospitais e houve um intenso esforço de formação, do qual o exemplo mais relevante foi o projecto Espiral da ARSLVT. Apesar disso, não se assistiu à disseminação no SNS de uma cultura de avaliação, monitorização e melhoria contínua da qualidade.

Portugal esteve a par de outros países na implementação de um sistema da qualidade na Saúde, definido em 1998 pelo Ministério da Saúde como um conjunto integrado de actividades planeadas, metas explícitas e avaliação do desempenho, a todos os níveis de cuidados. Ao nível nacional seria definida a política de qualidade, ao nível regional proceder-se-ia à monitorização da efectividade das instituições e, ao nível local, desenvolver-se-iam projectos de melhoria.

Este sistema assentava num conjunto de estruturas que incluíam o Instituto da Qualidade na Saúde (IQS), o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, uma Comissão Nacional de Acreditação, uma Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde e os Sub Sistemas do Medicamento e do Sangue. No entanto, este programa não teve continuidade, algumas das estruturas como a Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde não chegaram a ser criadas, e o que perdurou, foi a actividade desenvolvida pelo Instituto de Qualidade, até à sua extinção em 2006.

Entretanto, pelo despacho 14223/2009, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, no seio da Direcção Geral de Saúde, que herdou as atribuições do IQS e outras, como a gestão integrada da doença e inovação e a gestão da mobilidade internacional dos doentes, tendo ainda sido definida uma estratégia nacional para a qualidade na saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, definida no Despacho 14223/2009 de 24 de Junho de 2009, adoptou as seguintes prioridades estratégicas de actuação:

- Qualidade clínica e organizacional;
- Informação transparente ao cidadão;
- Segurança do doente;
- Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
- Gestão integrada da doença e inovação;
- Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.

Ao Departamento da Qualidade na Saúde compete (DGS, 2010):

- Coordenar e avaliar as actividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional;
- Coordenar o sistema de qualificação das unidades de saúde;
- Criar e coordenar actividades e programas de promoção da segurança do doente;
- Desenvolver e manter a vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença;
- Coordenar os fluxos de mobilidade de doentes portugueses no estrangeiro e de doentes estrangeiros em Portugal e avaliar o seu impacte no sistema de saúde;
- Gerir os sistemas de monitorização e percepção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado “Sim Cidadão”, e promover a avaliação sistemática da satisfação;

- Definir e monitorizar indicadores para avaliação do desempenho, acesso e prática das unidades do sistema de saúde na área da qualidade clínica e organizacional, incluindo a gestão do Portal de Transparência.



Fig 8: Organograma do Departamento da Qualidade

No despacho 13793/2009 foi criado o Conselho para a Qualidade na Saúde, ao qual compete pronunciar-se sobre questões inerentes à execução da missão do Departamento da Qualidade em Saúde.

Além da existência deste departamento existem comissões de qualidade e/ou de gestão do risco em grande parte dos hospitais que desenvolvem programas de qualidade, mas não existe um levantamento actual da distribuição e actividade destas estruturas. A mais forte ferramenta de responsabilização pela qualidade é a inclusão nos contratos programas com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e hospitais de objectivos de qualidade que podem trazer incentivos ou penalizações para as instituições.

Também, ao nível dos cuidados primários, particularmente nos ACES, tem havido uma preocupação com as questões da governação clínica e de saúde, entendida como a tradução prática de um conjunto de conhecimentos, atitudes e capacidades de "pilotagem" clínica e de saúde, para garantir que cada unidade funcional, e o agrupamento no seu todo, atingem os objectivos intermédios e finais definidos para cada etapa do percurso da organização, com o

envolvimento activo de todos os profissionais e também dos utentes e da comunidade, num processo de desenvolvimento contínuo da qualidade em saúde (*É sempre possível melhorar o que se faz!*) (Ramos V, 2009).

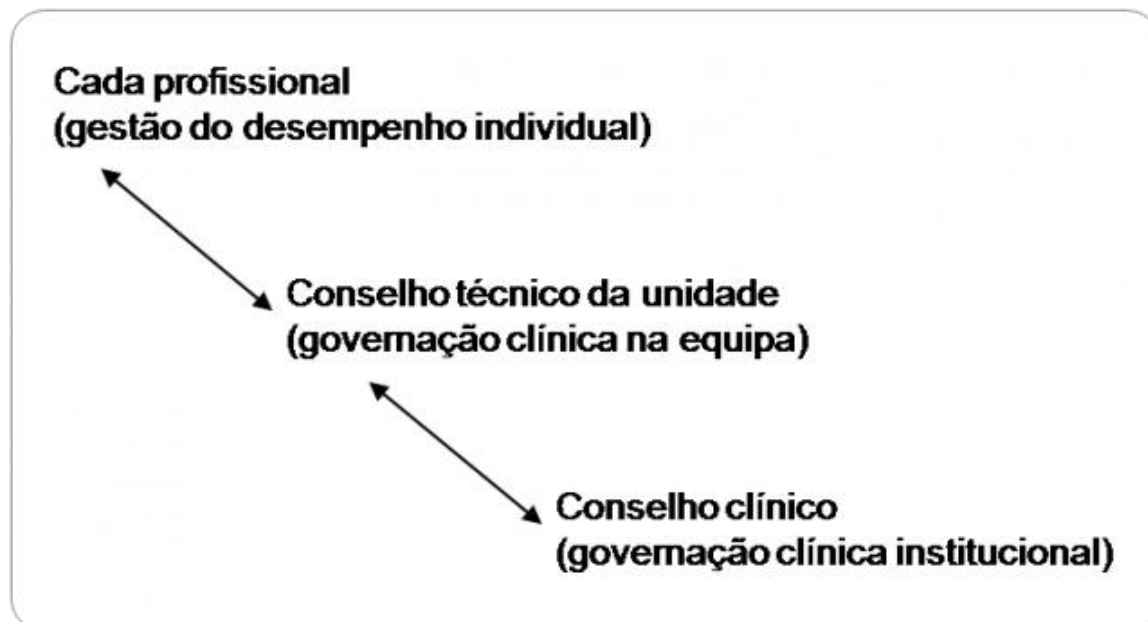


Fig. 9 - Os aspectos legais relacionados com a gestão/governação clínica nos ACES estão definidos nos Artigos 25.º a 30.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (DR, 1.ª série, n.º 38 de 22-2-2008).

As linhas de acção a curto e médio prazo definidas para a prossecução deste objectivo são:

- Desenvolver no terreno capacidades e competências nos conselhos clínicos dos ACES e nas coordenações e conselhos técnicos das unidades, a partir das capacidades e das competências existentes;
- Recorrer às ferramentas disponíveis (EBM, *Evidence-based Health Care Management*, *practice-based evidence* e outras);
- Promover encontros e diálogo regulares entre todos os elementos dos conselhos clínicos;
- Desenvolver "*networks*" de aprendizagem – comunidade de práticas, "*wiki*", etc.
- Inventariar e divulgar recursos de apoio, bibliografia, "*links*", centros internacionais de investigação, etc;
- Produzir e aperfeiçoar continuamente guias e documentos de apoio;
- Contribuir para construir uma cultura e uma linguagem comuns aos conselhos clínicos.

As estratégias orientadoras para a governação clínica e de saúde em cuidados de saúde primários são:

- Desenvolvimento contínuo da qualidade;
- Orientação para o meio envolvente e para as interfaces com os hospitais e com a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados);
- Trabalho em equipa a todos os níveis, começando pelo conselho clínico, como equipa exemplar;
- Envolvimento de todos os profissionais, mobilizando-os para atingir objectivos "SMART", definidos com a sua participação (gestão com objectivos);
- Fazer dos ACES e de cada uma das suas unidades funcionais organizações capazes de aprender, de inovar e de evoluir ("*learning organizations*").

É necessário, referir ainda que, existe uma Entidade Reguladora da Saúde, de natureza independente, cuja missão é a regulação e supervisão do sector da prestação de cuidados de saúde, e cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes.

A avaliação dos medicamentos está a cargo do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, que é um instituto público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio.

As ordens profissionais mantêm capacidade delegada pelo Estado de auto-regulação da sua profissão.

4.1.4. Objectivos

- a. Os vários níveis do sistema de saúde devem assumir e implementar os princípios da governação clínica e da *corporate governance*, de forma a que a qualidade dos cuidados prestados, incluindo a segurança dos doentes e o combate ao desperdício, sejam uma preocupação e uma responsabilidade partilhada entre profissionais de saúde e gestores e um critério primordial, em relação com todas as mudanças ao nível das estruturas e dos processos na organização, num quadro de transparência e participação dos cidadãos.

- b. A governação dos vários tipos de organização de saúde deve inscrever-se num quadro mais global de Governação do Sistema de Saúde, de forma que as políticas e o desenho, articulação e integração dos vários tipos de estruturas e redes, tenham também como critérios principais, a prestação de cuidados de excelência, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício de acordo com a melhor evidência existente e segundo níveis de responsabilidade claramente definidos.

4.1.5. Estratégias

- a. Deve existir uma estrutura independente que avalie, monitorize e promova a qualidade dos cuidados de saúde, aos vários níveis do sistema de saúde. Esta mesma estrutura é recomendada noutras secções deste documento.
- b. Deve ser definido um mecanismo de responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados aos vários níveis do sistema de saúde.
- c. Deve existir em cada organização de saúde uma estrutura com *staff*, instalações e orçamento, que tenha como missão a avaliação, monitorização e melhoria da qualidade dos cuidados, com objectivos definidos e uma estratégia explícita.
- d. Deve ser promovida a formação em qualidade, de forma que anualmente exista em cada organização de saúde pelo menos uma acção, de preferência numa metodologia de formação-acção.

4.2 Definir metas nacionais na área da qualidade dos cuidados

4.2.1. Introdução

Uma das críticas feitas ao PNS 2004-2010 foi o de conter um número demasiado grande de programas, para permitir uma verdadeira priorização. Na realidade, nenhuma organização consegue melhorias substantivas se não se focar em objectivos compreensíveis e reduzidos que consigam ser mobilizadores para os profissionais que a integram. Na área da qualidade estes objectivos devem incidir em áreas problemáticas ou de risco, com potencialidade de melhoria, que abranjam uma população significativa e com impacto sobre a saúde.

No NHS existiram alvos chave cujo grau de cumprimento serviram para escalonar hospitais num sistema de estrelas. Este sistema foi abandonado, mas na realidade melhorou o desempenho do NHS nessas áreas, desconhecendo-se no entanto o efeito em serviços excluídos

da classificação por estrelas e assistiu-se, em certos casos, a uma manipulação de dados para atingir as metas (Bevan G, 2006).

Em Portugal algumas áreas problemáticas beneficiariam de ter metas nacionais que ajudassem as organizações a focalizarem as intervenções nessas áreas.

4.2.2 Objectivos

Assim, propõe-se a definição de metas nacionais na área da qualidade de cuidados, modificáveis ao longo dos próximos anos de acordo com o grau e a velocidade em que essas metas sejam atingidas. Estas metas poderão ser incluídas no PNS, mas necessitarão de um processo de consenso mais alargado.

4.2.3. Estratégias

Deve ser iniciado um processo de consenso transversal a todas as áreas do PNS que englobe as várias dimensões da qualidade, que defina e priorize metas nacionais nas áreas mais problemáticas da qualidade dos cuidados de saúde, assim como uma metodologia de revisão dos *standards* e das próprias metas ao longo do período de vigência do PNS.

4.3 Promover uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do Sistema de Saúde

4.3.1. Introdução

Sendo o sistema de saúde um sistema complexo adaptativo com uma larga área de complexidade, onde não é possível prever os resultados de mudanças efectuadas, a avaliação do impacto destas mudanças é importante para aumentar o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, fundamentar o desinvestimento em experiências com maus resultados e a disseminação das que se revelem boas práticas.

Conforme se disse, não é isso que se tem passado em Portugal: não existe em Portugal uma cultura de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, da sua variabilidade e das mudanças implementadas. Mesmo ao nível das grandes reformas, a avaliação do seu impacto é quase inexistente. Nos poucos casos em que estes estudos aconteceram, como foi o do Hospital S. Sebastião, o estudo comparativo entre o Hospital Fernando da Fonseca e Garcia d'Orta ou a caracterização demográfica dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde feita por uma equipa

do Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra, não foram divulgados nem publicados.

Existem, naturalmente, excepções meritórias a este panorama como alguns registos de doenças ou procedimentos promovidos pelas sociedades científicas, os estudos publicados pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa (Villaverde C, 2009; Villaverde C, 2010) ou a rigorosa avaliação do PNS 2004-2010 feita pela OMS (OMS, 2010).

4.3.2. Objectivos

- a. Promover uma cultura de avaliação, verticalmente em todos os níveis de responsabilidade do sistema de saúde e horizontalmente nas várias áreas de cuidados.
- b. Cada unidade, cada organização e cada área de cuidados deverá realizar, anualmente, ciclos de melhoria, actividades de monitorização e desenho ou redesenho de processos.
- c. Todas as reformas na área da saúde que já sucederam ou vão acontecer deverão ter estudos de avaliação feitos por entidades independentes. Estas avaliações deverão estar disponibilizadas para consulta pública.

4.3.3. Estratégias

- a. Estas avaliações devem ser internas e externas, em todos os níveis do sistema.
- b. Ao nível do desempenho dos profissionais, das equipas, das unidades ou das organizações devem ser seleccionadas particularmente áreas que se antevejam de grande variabilidade ou de défice de resultados, de elevada frequência ou de alto risco, com factibilidade nas soluções e com impacte na saúde dos doentes, na sua satisfação ou sobre a redução do desperdício, que estejam alinhadas com os objectivos de ganhos em saúde inscritos neste Plano Nacional de Saúde.
- c. A avaliação das principais reformas em curso deve ser iniciativa do poder político a nível central.

4.4 Promover as melhores práticas ao nível do financiamento e sistema de pagamentos com impacte na qualidade

4.4.1. Introdução

Os aspectos estruturais são geralmente negligenciados na abordagem da qualidade, no entanto influenciam de forma determinante os resultados em saúde e a qualidade dos cuidados prestados. As questões ligadas ao financiamento e ao sistema de pagamentos são dos mais poderosos condicionadores do comportamento dos profissionais e das organizações.

Existe evidência suficiente para poder concluir que o mero reembolso das despesas incorridas não promove a eficiência das instituições, nem induz qualquer preocupação com o nível de custos atingido ou com a racionalidade na utilização de recursos, a alternativa recomendável é optar por formas de pagamento prospectivo total ou parcial. No entanto, é preciso ter em consideração que, enquanto o primeiro modelo induz uma sobre provisão de serviços, no segundo existe o risco de induzir uma subprovisão de cuidados, particularmente se for integralmente prospectivo. Se este financiamento, além disso, for de natureza capitacional, pode induzir uma selecção adversa dos doentes (Barros P, 2009).

Em relação ao sistema de pagamentos, uma revisão recente da *Cochrane* de toda a literatura publicada, concluiu de forma expectável que o chamado pagamento por episódio (*fee for service*) aos médicos dos cuidados primários induz mais consultas, mais requisições de exames complementares e menor referenciação para os hospitais, quando comparado com o pagamento por capitação ou salários. Parece haver um menor número de consultas quando os médicos são pagos por salários do que por capitação. Não há evidência suficiente na comparação entre capitação e pagamento de salário em relação a outros resultados. Existem poucos estudos de impacte nas despesas, mas o que existe concluiu que o pagamento por capitação teve custos mais elevados do que o por episódio. Era também expectável que o pagamento por capitação induzisse mais medicina preventiva e promoção da saúde, mas os estudos não foram conclusivos. Não existem estudos de impacte sobre o acesso nem sobre os *outcomes* clínicos (Gosden T, 2009).

Este défice de conhecimento, num factor tão importante como parece ser o sistema de pagamentos, talvez explique que em países como os EUA, o Reino Unido e a Noruega, coexistam as três modalidades de pagamento, ou que em países como a Holanda ou a Dinamarca existam sistemas mistos de capitação e pagamento por episódio (Gosden T, 2009).

4.4.2. Situação nacional

No respeitante ao financiamento dos hospitais, o financiamento através de contratos programa é uma forma de financiamento prospectivo, no entanto a persistência dos chamados fundos de convergência e o sistemático “tapar dos buracos” orçamentais dos hospitais deficitários, inquinam as consequências deste tipo de financiamento.

Começaram a ser ensaiadas, nas seis Unidades Locais de Saúde existentes, sistemas de financiamento capitationais ajustados pelo risco, que parecem muito promissores e fornecem um modelo de estudo do impacte do financiamento no comportamento das instituições, acesso e *outcomes* de saúde, que será imperativo avaliar. Na tabela 4 estão os valores capitationais calculados para cada uma das seis ULS, onde se pode ver que esse valor varia entre um valor máximo de 797 € para a ULS do Baixo Alentejo e de 637€ para a ULS de Matosinhos (Tabela 4).

ULS	IR	INS	IG	Capita target 2010	Target 2010
Continente	1,00	1,00	1,00	660 €	-
ULSM	0,90	1,01	0,97	637 €	107.874.587 €
ULSAM	1,14	1,00	1,06	698 €	175.151.456 €
ULSG	1,17	1,10	1,13	747 €	116.920.334 €
ULSCB	1,25	1,11	1,16	769 €	87.264.453 €
ULSNA	1,17	1,10	1,13	745 €	87.079.400 €
ULSBA	1,07	1,30	1,21	797 €	100.634.127 €

Tabela 4 – Índices por ULS de acordo com regressores de despesa, necessidades em saúde e global (ACSS, 2010)

Foram também definidos um conjunto de incentivos e penalizações para prevenir os efeitos nefastos do pagamento capitationais (Tabela 5)

Objectivos	Descrição
Facturação a Terceiros Responsáveis	• Criação de uma penalização por troca de utentes do SNS por utentes de terceiros responsáveis. Esta penalização será entregue à ARS e decorre em patamares de acordo com o aumento da proporção da facturação a terceiros responsáveis no total: • Fact. =< 5% - ULS recebe 100% da facturação; >5% e <7,5% - recebe 80%; >= 7,5% - recebe 60%
Redução de custos de Medicamentos	• Criação de um incentivo à redução de custos com medicamentos, com base na <i>capita target</i> de medicamentos para cada ULS (actualmente todas as ULS se encontram acima do respectivo <i>target</i>); • A redução desta despesa até ao valor da <i>capita target</i> reverte num incentivo para a ULS de 80% do valor da redução. Reduções para valores abaixo do <i>target</i> traduzem-se num incentivo de 90%.
Produção Hospitalar	• A ULS será ainda penalizada financeiramente pelo incumprimento superior a 5% dos serviços contratados por linha de produção pelo exacto montante da valorização da produção em falta. • A valorização da produção em falta será determinada por linha de produção e de acordo com os valores praticados para o grupo hospitalar em que a ULS está inserida.
Objectivos da Qualidade e Eficiência	• Fixação de objectivos da Qualidade. 6% do orçamento definido fica sujeito ao cumprimento destes objectivos (o que para o universo das seis ULS totaliza cerca de 36 Milhões de euros). • Fixação de objectivos de Eficiência. 4% do orçamento definido fica sujeito ao cumprimento destes objectivos (o que para o universo das seis ULS totaliza cerca de 24 Milhões de euros).

Tabela 5 – Incentivos e penalizações de acordo com o contrato-programa para as ULS para o triénio 2010-2012 (ACSS, 2010)

Nas próximas duas tabelas discriminam-se os objectivos nacionais para os cuidados de saúde primários e secundários, assim como a ponderação dos objectivos nacionais, regionais e locais.

		No subgrupo dos Indicadores Nacionais	Margem de flexibilidade ARS
Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Nacional	Min. 60%		
Taxa de utilização global de consultas médicas		8,0%	1,6%
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar		8,0%	1,6%
Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso		7,0%	1,4%
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias		8,0%	1,6%
Percentagem de Utentes com Plano Nacional de Vacinação actualizado		8,0%	1,6%
Percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro		7,0%	1,4%
Incidência de amputações em diabéticos na população residente		6,0%	1,2%
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente		6,0%	1,2%
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e		6,0%	1,2%
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio		6,0%	1,2%
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos		6,0%	1,2%
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens,		8,0%	1,6%
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador		8,0%	1,6%
Custo médio de MCDT facturados por utilizador		8,0%	1,6%
		100,0%	var. 20%
Objectivos Regionais de CSP - Eixo Regional	Até 20%		
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		25,0%	6,3%
		100,0%	var. 25%
Objectivos Regionais de CSP - Eixo Local	Até 20%		
		50,0%	25,0%
		50,0%	25,0%
		100,0%	var. 50%

Tabela 6 – Objectivos nacionais para os cuidados de saúde primários

		No subgrupo dos Indicadores Nacionais	Margem de flexibilidade ARS
Objectivos Nacionais de Cuidados de Saúde Secundários	Min. 50%		
Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas		13,00%	2,6%
Mediana do número de dias entre a data de internamento e a data de sinalização para a RCCI		10,00%	2,0%
Percentagem de reinternamentos nos primeiros 5 dias		10,00%	2,0%
Demora média		12,00%	2,4%
Percentagem de cirurgia de ambulatório (GDH) no total de cirurgia		12,00%	2,4%
Percentagem de episódios de internamento cirúrgico com complicações (incluindo septicemias).		10,00%	2,0%
Percentagem de úlceras de decúbito como diagnóstico adicional		10,00%	2,0%
Percentagem de partos vaginais realizados com analgesia epidural		10,00%	2,0%
Percentagem de partos por cesariana		13,00%	2,6%
		100,00%	var. 20%
Objectivos Regionais de Cuidados de Saúde Secundários	até 50%		

Tabela 7 – Objectivos nacionais para os cuidados de saúde secundários

Em relação ao sistema de pagamentos aos médicos, impera o pagamento por salários, quer nos cuidados primários quer nos hospitais, nunca tendo sido efectiva uma política de incentivos várias vezes anunciada. em qualquer dos casos um sistema de incentivos deve assentar num bom sistema de indicadores e numa correcta medição dos mesmos.

Nas novas ULS iniciou-se um sistema de pagamento que conjuga de forma original três sistemas de pagamento aos médicos de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente pagamento por salário, capitolacional, e ainda uma parte variável dependendo do cumprimento de objectivos.

4.4.3. Objectivos

- a. Ensaiai novas formas de financiamento que promovam mais eficazmente a eficiência das instituições, induzam a preocupação com o nível de custos atingido, com a racionalidade na utilização de recursos e com a qualidade dos cuidados.
- b. Implementar uma política de incentivos alinhada com os objectivos de qualidade, assente num bom sistema de indicadores e numa correcta medição dos mesmos.

4.4.4. Estratégias

- a. Ensaiai um sistema misto de pagamento aos hospitais, em que uma componente é realizada com base em valores capitacionais ajustados pelo risco e outra componente se encontra associada com episódios de tratamento, assente num sistema de classificação de doentes. O valor do pagamento contratado deverá ter flexibilidade suficiente para acomodar uma negociação do preço por episódio, como contraponto de uma maior quantidade contratada. O sistema de pagamento deverá ter um ajustamento periódico (por exemplo, de três em três anos), baseado na evolução face a um grupo de referência. Hospital a hospital, poderá considerar-se a imposição de um factor de ganho de eficiência, sendo o valor de financiamento ajustado todos os anos de acordo com um índice pré-definido;
- b. Avaliar os novos sistemas de pagamento introduzidos nas Unidades Locais de Saúde e ensaiar novas formas integradas de financiamento para hospitais e centros de saúde, sendo que o pagamento deve ser realizado de forma prospectiva com segmentação criteriosa dos cuidados a serem prestados, individualizando, priorizando e protegendo as componentes de promoção da saúde e dos processos preventivos (prevenção primária e

- secundária) custo-efectivos e dos processos de gestão integrada de doenças crónicas e multimorbilidade, incluindo a componente de cuidados no domicílio;
- c. Nas situações em que os cuidados de saúde primários e os hospitais se mantêm como entidades com gestões autónomas, então o pagamento prospectivo a cada uma dessas entidades prestadoras de cuidados de saúde deve ser acompanhada pela determinação de um fluxo financeiro associado com a referenciação de doentes dos cuidados de saúde primários para o hospital, respectivos episódios de cuidados, incluindo relatório final no retorno aos cuidados de saúde primários. O valor de referência para esse fluxo financeiro não é o custo de tratamento nos cuidados de saúde primários e sim o custo de tratamento no hospital (custo de oportunidade, em termos económicos, da decisão de referenciação);
 - d. As actividades de prevenção nos cuidados de saúde primários deverão ter um tratamento autónomo, remunerando-se directamente o esforço desenvolvido, tendo em atenção a probabilidade desse esforço alterar a saúde da população e a procura de cuidados de saúde. O pagamento por programas e processos autónomos de prevenção é válido, independentemente de o financiamento ser concedido de forma integrada aos cuidados de saúde primários e hospitalares;
 - e. Deverão ser criadas das linhas de financiamento para programas de resposta integrada aos doentes crónicos.
 - f. Devem ser instaurados sistemas de custos da qualidade nas instituições do SNS.

4.5 Promover as melhores práticas ao nível da política de recursos humanos com impacto na qualidade

4.5.1. Introdução

O planeamento dos recursos humanos a médio e longo prazo, em função da evolução das necessidades de cuidados de saúde da população, é uma das missões mais importantes no planeamento dum sistema de saúde.

Os objectivos de desenvolvimento do milénio consideravam como objectivo a existência de dois a três trabalhadores de saúde por mil habitantes e existe um défice a nível mundial estimado em cerca de 4,2 milhões de trabalhadores.

O envelhecimento da população faz com que as necessidades de crescimento da força de trabalho na saúde deva crescer 20% nas próximas duas décadas (WHO, 2006d).

O número de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em relação à população é muito variável entre países e muito dependente do seu estadió de desenvolvimento, no entanto, existem alguns consensos como o de que os sistemas de saúde devem assentar em cuidados primários fortes (WHO, 2008d). Não existe evidência suficiente para definir ratios e proporções entre os vários tipos de profissionais.

A deslocação de funções entre profissões vem ainda tornar mais complexo o planeamento nesta área. Como exemplos temos a assunção de maiores responsabilidades no acompanhamento do doente crónico em ambulatório e na monitorização e educação dos doentes nas consultas, por parte dos enfermeiros, ou a realização de exames complementares, tradicionalmente feitos por médicos, por técnicos de diagnóstico.

Outra questão prende-se com a crescente especialização que atinge a medicina como outras áreas, como estratégia de resposta ao rápido crescimento do conhecimento. Esta especialização é inexorável e desejável, havendo evidência de, em relação a alguns procedimentos e patologias, existir uma relação entre volume e qualidade e, em alguns casos, um melhor desempenho (Smetana GW, 2007), particularmente quando são patologias isoladas. No entanto, os doentes são cada vez mais velhos, com mais doenças crónicas e mais multimorbilidades, e precisam de alguém que tenha uma visão holística. Assim, quanto mais aumentar a especialização, mais se tornarão necessárias as especialidades generalistas como a Medicina Interna, a Pediatria e a Medicina Geral e Familiar. Existe alguma evidência de que a colaboração entre especialistas e generalistas produz os melhores resultados (Ayanian JZ, 2002).

O crescimento do movimento hospitalista, nos EUA, representa o reconhecimento da função generalista no hospital em relação aos doentes adultos (Kuo HF, 2009).

4.5.2. Situação nacional

A política de recursos humanos é um dos exemplos da nossa dificuldade de planear a médio e longo prazo, adaptando a capacidade de resposta à evolução das necessidades e aos níveis pretendidos.

Em relação ao número de médicos, tínhamos em 2007, 3,51 por mil habitantes, dos quais 23 265 pertenciam ao SNS, o que nos coloca acima da média na Europa e em 7º lugar num conjunto de 23 países analisados pela OECD. No entanto, já no que respeita ao número de enfermeiros tínhamos, na mesma data, 5,11 por mil habitantes, o que nos coloca em 17º lugar num conjunto de 21 países no mesmo estudo.

A proporção entre o número de enfermeiros e o número de médicos, que em Portugal era de 1,46 em 2007, é claramente desviante em relação aos outros países europeus, onde esta proporção é na generalidade mais elevada, sendo de 2,07 em Espanha, 2,29 em França, 4,0 no Reino Unido, 4,95 na Irlanda e 8,27 na Noruega (OECD, 2009).

Um dos grandes problemas que vamos enfrentar durante a vigência deste Plano Nacional é a redução do número de médicos nos próximos anos por reforma, que vai afectar principalmente as especialidades mais envelhecidas, muito em particular a Medicina Geral e Familiar, onde, em 2007, 71% dos clínicos a trabalhar para o SNS tinha mais de 50 anos, dos quais cerca de 40% se irá reformar até 2013 (Santana P, 2008), com o risco de deixar metade da população sem médico de família, se nada se fizer (Santana P, 2009).

Em Medicina Geral e Familiar, o número de médicos desceu de 19.591 em 1982, para 4.985, em 2007. Em 2007, 68,5% dos médicos do SNS pertenciam aos hospitais e 30,3% aos cuidados primários.

Devemos observar que esta redução não é um fenómeno português e, tem-se passado noutros países europeus, resultando que esta proporção é actualmente semelhante à dos outros países da OECD, onde a média é de 2:1 (OECD, 2009). As alterações às regras da reforma introduzidas no orçamento de 2010 vieram precipitar ainda mais esta previsão.

Existem outras especialidades, também muito envelhecidas, como sejam a Cirurgia Pediátrica, a Cirurgia Torácica e a Saúde Pública.

Este problema revela falta de planeamento porque, no nosso país a capacidade para modelar esta evolução é quase total, na medida em que o Estado tem sob a sua alçada o ritmo da formação dos médicos e o controle total das suas especializações.

Em termos comparativos, nos EUA, a *Association of American Medical Colleges* prevê um aumento da necessidade de médicos da ordem dos 26% entre 2006 e 2025 (AAMC, 2008). Estima-se que o sistema de formação inicial a nível nacional, apenas produza cerca de 22.310 diplomados entre 2008 e 2020, com um aumento significativo em 2015, o que representa um aumento de 267%, relativamente à situação de 1996, o que poderá restabelecer e até exceder o necessário (Santana P, 2009).

4.5.3. Objectivos

- a. Planear os recursos humanos e a formação em função da evolução previsível das necessidades de cuidados de saúde e das tendências de redefinição das funções das

profissões existentes e da emergência de novas profissões. Aconselha-se uma antecipação de 7 a 13 anos;

- b. Efectuar o planeamento de recursos humanos (RH) a nível institucional, de acordo com a missão, visão e objectivos estratégicos;
- c. Prevenir os prejuízos para os cidadãos da esperada escassez de médicos, nos próximos anos, particularmente dos médicos de Medicina Geral e Familiar;
- d. Garantir a qualificação dos profissionais de saúde para as funções que lhes estão atribuídas;
- e. Promover uma distribuição de recursos humanos que garanta o equilíbrio entre a necessidade de concentração para permitir a formação de equipas e diferenciação mas também equidade no acesso entre as várias regiões.

4.5.4. Estratégias

- a. Implementar o *Programa Erasmus* para estimular o intercâmbio na formação de profissionais de saúde e aprendizagem de novas práticas;
- b. Condicionar a possibilidade de progressão na carreira condicionada a formas de avaliação interpares;
- c. Garantir o retorno do investimento que o Estado faz na formação dos seus profissionais promovendo a prática clínica no SNS por um período idêntico ao da formação;
- d. Ensaio e desenvolvimento de estratégias que estimulem o aumento da produtividade e a qualidade dos cuidados, nomeadamente através da associação do sistema remuneratório à produção e qualidade, sistemas de incentivos e penalizações dependentes do desempenho, etc;
- e. Implementação de um conjunto coerente de políticas que prossigam a fixação dos melhores profissionais no SNS;
- f. Desenvolvimento de sistemas de avaliação de desempenho que integrem as diversas dimensões das práticas profissionais e objectivem os respectivos indicadores;
- g. Assumpção de uma atitude mais pró-activa relativamente à formação e actualização dos recursos humanos, incluindo a disponibilização de financiamento para garantir formação de interesse institucional;

- h. Criação de um corpo coerente de políticas de gestão de recursos humanos que os valorize e crie adequadas condições de trabalho;
- i. Reconfiguração dos serviços, adequando-os à missão atribuída aos CSP e aos cuidados hospitalares. Ou seja, os cuidados hospitalares devem ser prestados pelos profissionais que obtêm melhores resultados em função das patologias e do tipo de doentes. No entanto, cuidados de saúde baseados nos médicos generalistas (medicina geral e familiar, pediatria e medicina interna) em articulação com as outras especialidades, parecem ser as que melhor respondem às necessidades do tipo de doentes mais prevalente nos hospitais;
- j. Possibilitar que os médicos se concentrem cada vez mais no *core* das suas actividades (observar e tratar doentes), devendo ser deslocadas para outras profissões funções que podem ser desempenhadas por outros profissionais (exemplo: secretárias clínicas, enfermeiro de comunicações, colaboração dos enfermeiros na avaliação e monitorização de doentes no ambulatório);
- k. Implementar estratégias que melhorem a eficiência e racionalizem a distribuição nacional dos profissionais de saúde (ex: telemedicina, teleradiologia, incentivos à fixação em áreas periféricas);
- l. Criar novas diferenciações, particularmente nas áreas de interface entre os diversos tipos de cuidados (por exemplo, gestor de doença ou gestor de caso), assim como integrar outras profissões em novas funções (por exemplo, psicólogos especialistas na gestão de comportamentos);
- m. Implementar um plano de contingência para fazer face à escassez de médicos de MGF, que se vai agravar nos próximos anos. Este plano deve contemplar as recomendações anteriores e outras estratégias, como o recurso a médicos estrangeiros, a médicos portugueses formados no estrangeiro, incentivos ao adiamento da reforma dos médicos de família actuais ou à contratação de reformados, contratualização de cuidados primários na área cooperativa, social e privada, assunção de algumas funções de cuidados primários pelos hospitais e implementação de unidades de saúde familiar de tipo C (em que a propriedade não é pública);
- n. Aumentar a taxa anual de vagas para o internato de MGF de, pelo menos, 30% para 33,5%;
- o. Contrariar a tendência para a escolha de especialidades médicas de elevada tecnologia e o abandono das especialidades ditas cognitivas, que têm na história clínica e no exame

objectivo as suas principais armas (por exemplo, a MGF e a medicina interna), através de formas de discriminação positiva e de revisão do pagamento dos actos clínico ou do desempenho clínico;

- p. Implementar estratégias facilitadoras da fixação de profissionais em áreas deprimidas, como sejam o recurso a incentivos salariais ou outros, revisão das idoneidades para o internato complementar ou melhor utilização das vagas protocoladas e, ainda, um tratamento diferenciado dos médicos em relação a outros funcionários públicos na legislação relativa à mobilidade.

4.6 Promover as melhores práticas ao nível dos recursos físicos e da sua organização em rede, com impacte na qualidade

4.6.1. Introdução

Está fora do âmbito deste estudo analisar em profundidade o impacte dos recursos físicos com sejam os edifícios, o design, os equipamentos, assim como das redes em que se integram, na qualidade dos cuidados de saúde, mas atendendo à relevância desse impacte, queremos deixar alguns apontamentos e recomendações em relação a aspectos habitualmente menos abordados e mais problemáticos em Portugal, particularmente incidindo sobre os hospitais.

Em relação aos hospitais, a especialização progressiva tem gerado um novo paradigma na prestação de cuidados, que é o trabalho em equipa, não só multiprofissional mas dentro da própria profissão. Assim, para permitir a diversificação das diferenciações, as equipas têm que ter um número suficiente, e para que tal possa acontecer os hospitais têm que ter escala e, além disso, uma população de referência em número adequado, que permita às equipas terem experiência. Não há um número ideal de camas, mas existe evidência que um hospital de agudos não deve ter menos de 200 camas assim como, acima das 600, não parece haver ganhos de eficiência (Aletras V, 1997; Posnett J, 1999).

Para além da capacidade do hospital, é também importante a população de referência. Novamente, não existe evidência suficiente que permita definir qual o número mínimo, no entanto o *Royal College of Surgeons* diz que devem ter pelo menos 500 mil habitantes de referência directa, enquanto o *Royal College of Physicians* no Reino Unido, defende entre 150 mil a 300 mil. A Comissão Técnica para a Requalificação das Urgências, em Portugal, definiu como mínimo 200 mil habitantes de referência directa para um hospital com uma urgência

médico-cirúrgica e de um milhão de referenciação terciária para um hospital com urgência polivalente.

Os aspectos do *design* são também muito importantes. No caso dos hospitais, a construção de novos hospitais podem gerar ganhos de eficiência entre os 14 e os 26% (CABE, 2002) Se pensarmos nas condições em alguns dos hospitais portugueses instalados em edifícios monásticos com alguns séculos, esses ganhos poderão ser ainda maiores. Questões como as adjacências correctas, fluxos claros, expansibilidade, flexibilidade, economia energética poderão fazer a diferença. Inclusive, em relação a alguns *outcomes* como a taxa de infecção hospitalar, o *design* pode ter um impacte significativo.

Outra questão, prende-se com todos os aspectos do ambiente com impacte na recuperação dos doentes, o que na literatura anglo-saxónica é designado por *healing environment*, e nós traduzimos como ambiente para a cura: o acesso a luz natural; vista da natureza; cores adequadas (a saturação, o brilho e a temperatura da cor são relevantes para as diferentes áreas do hospital e para os diferentes tipos e idades dos doentes no hospital); controlo do ruído (os alarmes dos monitores, das seringas, os gritos dos profissionais, dos outros doentes, e outras formas de ruído são altamente stressantes para os doentes e perturbam os seus períodos de repouso); introdução de sons relaxantes como música; redução de cheiros desagradáveis (produtos de limpeza, comida, tinta e outros), permitindo uma adequada ventilação eficaz; introdução nas áreas públicas de odores agradáveis, como os do café ou do pão; a textura dos materiais, tão importante nas áreas pediátricas em que as crianças exploram o ambiente com as mãos; uso de uma sinalética adequada, particularmente para os idosos, com restrições na visão, para pessoas que não sabem ler e para pessoas com diversidade étnica; as entradas e saídas intuitivas, as indicações claras, os circuitos definidos, devem ser dados pontos de referência de modo a que os doentes não se sintam confusos; o respeito pela privacidade e a possibilidade de comunicação com o exterior, tudo isto são aspectos do ambiente com impacte positivo sobre os *outcomes* (DoH, 2005b).

A existência de pinturas e esculturas é importante para humanizar o ambiente e quebrar o ar institucional dos hospitais. Hoje em dia, existem muitas experiências, mesmo nos hospitais portugueses, com música, palhaços e teatro que têm um efeito distractivo e um impacte muito positivo junto dos doentes (Staricoff, 2007).

4.6.2. Situação nacional

A definição da Carta Hospitalar data de uma série de despachos de 1986, que classificava os hospitais em quatro níveis, apenas pelas especialidades existentes em cada nível, sem atender a critérios de capacidade ou capitação.

Conforme já se disse na descrição das condicionantes ligadas à oferta, a concentração dos hospitais está a acontecer de forma acelerada: em 1970 existiam 634 hospitais (DGS, 1998), esse número reduziu-se drasticamente para 60, em 2009, se contarmos como uma unidade, cada um dos 26 centros hospitalares criados nos últimos anos, e o despacho 5414/2008, que define os pontos da rede das urgências, aponta apenas para 44 hospitais de agudos.

Em 2005 existiam 73 hospitais considerados agudos por terem urgências médico-cirúrgicas ou polivalentes, destes 36 funcionavam em hospitais com menos de 200 camas e 56 tinham uma população de referência inferior a 200.000 doentes. Estes são os números mínimos que garantem os recursos e a experiência, que permitem a estes hospitais responder como verdadeiros hospitais de agudos. A Comissão Técnica para o Processo de Requalificação das Urgências recomendava uma emergência médico-cirúrgica por cada 200.000 habitantes e uma urgência polivalente para um milhão de habitantes. O *Royal College of Surgeons* diz que os hospitais de agudos devem ter pelo menos 500 mil habitantes de referência directa e o *Royal College of Physicians* defende entre 150 mil a 300 mil.

A nova rede de urgências vai ter um papel estruturante na definição da rede de hospitais de agudos, através da definição dos hospitais que vão ficar com urgências polivalentes ou médico-cirúrgicas. Esta rede perspectiva apenas 44 hospitais com aqueles níveis de urgência, reduzindo assim para 44, o número de hospitais de agudos. Esta redução corresponde a uma concentração de recursos e a uma exigência de capacidade mais consentânea com a sua missão. Por outro lado, obriga a repensar a missão dos 29 hospitais mais pequenos, que perderam as urgências ou em que estas foram redefinidas em Serviços de Urgência Básicos.

Ao definir três níveis de urgência e os locais onde devem funcionar, a rede de urgências logra também diferenciar os hospitais em três grandes grupos: centrais (com urgência polivalente), distritais (com urgência médico-cirúrgica), e de proximidade (com ou sem serviços de urgência básica). Estes três grupos devem corresponder a diferentes níveis de capacidade e de diferenciação, exigindo, em alguns casos, investimentos na sua requalificação.

Em relação aos hospitais de proximidade fazem falta às comunidades que servem, pelo que seria aconselhável repensar com muito senso a sua missão. No entanto, o que tem acontecido

é a sua integração em centros hospitalares, deixando às administrações destes centros a liberdade desta definição, ou a celebração de protocolos negociados com as autarquias locais, com a ratificação de soluções de eficácia duvidosa. Estas soluções espartilham estes hospitais de proximidade em três redes diferentes: a de cuidados primários, que assume a responsabilidade das consultas abertas; a de cuidados continuados, que toma conta do internamento; e a rede hospitalar, que necessariamente terá que se responsabilizar pelo “forte ambulatório” e pela “cirurgia ambulatória”. Este caminho não é seguramente o mais racional nem o que serve melhor as populações, podendo ainda provocar o congestionamento dos hospitais distritais e centrais.

Outra transformação, sem repercussão mediática, mas muito importante foi a criação de 26 centros hospitalares. Estes centros são, teoricamente, uma ideia apelativa pelas sinergias que possibilitam, mas não existe evidência nem avaliação que tenha demonstrado os seus benefícios. Existe no entanto o perigo da opção por uma especialização complementar, ou seja espartilhar as especialidades pelos vários hospitais, que poderá ter efeitos nefastos para os doentes, que são cada vez mais idosos e incapacitados, que já têm dificuldade em orientar-se num hospital, e iriam ser obrigados a fazer a “via-sacra” de hospitais diferentes, em diferentes localidades para conseguirem ser tratados. O adequado era que houvesse concentração das especialidades no hospital que tem a urgência, adoptando os outros, um modelo próximo de um hospital de proximidade. Esta opção implicaria uma perda de estatuto de alguns hospitais, ideia sempre difícil de aceitar pelas autarquias respectivas, mas é a única que demonstra uma genuína preocupação com os doentes, conjugando qualidade com a utilização racional dos recursos.

As várias redes que têm vindo a ser definidas têm sido projectadas de forma demasiado isolada o que prejudicou o alinhamento e a sua coerência. Assim os desalinhamentos da rede de referência das especialidades, da rede hospitalar, da rede de cuidados primários, da de cuidados continuados integrados, da rede de urgências e das restantes redes dificultam a referência, prejudicam a eficiência e desorientam os doentes e profissionais.

4.6.3. Objectivos

- a. Os hospitais devem ter um *design* que conjugue dignidade com eficiência, devendo ser expansíveis, flexíveis, seguros, adaptados às novas ameaças, com acessibilidades claras, e circulações controladas, de acordo com a evidência existente que possa influenciar o *design* dos mesmos;
- b. Todos os edifícios que tenham internamento ou por onde circulem doentes devem incorporar no seu ambiente todos os aspectos que têm influência na sua recuperação.

- c. Todos os edifícios que alberguem organizações de saúde devem ser ecológicamente responsáveis, integrando todas as tecnologias que traduzam um maior respeito pelo ambiente e devendo ser ao mesmo tempo energeticamente eficientes;
- d. Os hospitais devem assumir-se como grandes plataformas de concentração tecnológica, mas devem adequar as suas opções em novas tecnologias às necessidades identificadas para as populações que servem, atendendo a critérios de necessidade e de equidade no acesso;
- e. A Carta Hospitalar que justifica a sua distribuição geográfica pelo território nacional, deve ser actualizada, com revisão da legislação de 1986, que apenas dividia os hospitais de acordo com as especialidades;
- f. A rede de referência das especialidades, a rede hospitalar, a rede de cuidados primários, a de cuidados continuados integrados, a rede de urgências e as restantes redes que têm sido criadas devem ser alinhadas para ganharem coerência;
- g. Os centros hospitalares devem explorar as sinergias que as fusões permitem mas não tornar mais difícil o acesso aos cuidados hospitalares.
- h. Os hospitais de proximidade devem prestar cuidados hospitalares de ambulatório, diferenciados, na proximidade das comunidades.

4.6.4. Estratégias

- a. Devem ser criados padrões nacionais para a construção e design dos edifícios dos centros de saúde, hospitais, cuidados continuados integrados e outro tipo de equipamentos.
- b. Os hospitais devem ter preocupações ao nível do ambiente para a cura, e atenderem a todas as variáveis que o influenciam, como sejam a cor, a supressão do ruído, a música, os odores, a arte, a visão da natureza, o respeito pela privacidade, bem como a sinalética, a ergonomia, a iluminação e temperatura adequadas ao bem estar dos doentes, visitantes e profissionais;
- c. Os profissionais de saúde devem participar em todos os processos de planeamento dos hospitais, desde a concepção, elaboração do plano funcional e desenho;
- d. As diversas componentes estruturais e clínicas devem integrar-se num modelo de cuidados holístico, facilitando a abordagem multidisciplinar, organizando-se em áreas partilhadas de internamento;

- e. Todos os novos hospitais devem ter, preferencialmente, quartos individuais com potencial de duplicação da capacidade instalada;
- f. Os centros hospitalares não devem obedecer à lógica da especialização complementar, que espartilha as especialidades pelos vários hospitais, obrigando os doentes, que muitas vezes já têm dificuldade em orientar-se num hospital, a fazer a “via-sacra” dos vários hospitais para poderem usufruir do conjunto dos cuidados hospitalares. As especialidades devem concentrar-se num único hospital, onde esteja a urgência, tendo os outros hospitais serviços básicos duplicados ou serviços de continuidade e um forte ambulatório que permita cuidados diferenciados na proximidade das comunidades. Não deve haver replicação de todas as especialidades em todos os hospitais dos diversos centros hospitalares;
- g. Deve ser revisto o modelo dos hospitais de proximidade que divide os hospitais por três redes: cuidados primários, cuidados continuados e rede hospitalar. Estes hospitais devem manter-se na rede hospitalar. Estes hospitais, se tiverem dimensão, devem ter unidades de internamento que recebam doentes das consultas abertas dos centros de saúde ou do próprio hospital, evitando a deslocação de doentes e famílias para outras cidades, de forma desnecessária;
- h. Vale a pena explorar outros modelos de agregação dos hospitais, para além dos centros hospitalares adoptando, por exemplo, o modelo de afiliação ou o modelo de *holding*. O modelo de afiliação de hospitais, mesmo de menor dimensão, replicando noutra escala o modelo de centro hospitalar iria permitir coordenar o modelo de cuidados numa determinada área regional.

4.7 Utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como suporte e instrumento da melhoria dos cuidados

4.7.1. Introdução

A necessidade de adaptação do Sistema Nacional de Saúde à actual “sociedade da informação e do conhecimento” passa pela implementação de sistemas de informação, que irão permitir um sistema abrangente de comunicação clínica, a nível nacional.

Os sistemas de informação permitem o acesso a bases de dados de conhecimento médico, a introdução de sistemas informáticos de apoio à decisão, a recolha e partilha de informação

clínica e administrativa, decisões automatizadas e sistemas de alerta, melhoria da comunicação médico-doente, monitorização de indicadores e apoio à facturação.

Existe alguma evidência do impacte da aplicação de tecnologias de informação na qualidade dos cuidados e na redução dos custos, no entanto a evidência é inferior às expectativas (Chaudhry B, 2006; AHQR, 2006; Congressional Budget Office, 2008). Um estudo recente de 4000 hospitais americanos demonstrou um efeito modesto na qualidade dos cuidados, mas não nos custos administrativos ou globais (Himmelstein D, 2010).

Em relação a estratégias específicas, também os resultados têm sido variáveis e pouco consistentes: a inserção de lembretes computadorizados nos locais onde os médicos tratam os seus doentes tem sido apontada como uma estratégia eficaz de mudança comportamental (Kuperman GJ, 1999; Dexter PR, 2005), mostrou apenas melhorias modestas a moderadas nos processos e resultados, numa revisão recente da *Cochrane* (Shojania KG, 2009). Mais estranho ainda, é a ausência de estudos sobre o efeito do acesso informático a informação sobre saúde na prática médica (Mc Gowan JL, 2009); a prescrição informatizada tem demonstrado efectividade na redução dos erros de medicação (Mirco A, 2005; Schiff GD, 2009), na eficiência e controlo de custos (Fischer MA, 2008) e na implementação da reconciliação terapêutica (Chaudhry B, 2006); os sistemas de suporte à decisão clínica computadorizados (SSDCC) estão em grande expansão e, em algumas áreas clínicas como na utilização de fármacos e em medicina preventiva, demonstraram melhorias do desempenho do médico, mas menos frequentemente, dos *outcomes* dos doentes (Haynes RB, 2010); existem estudos comprovando o valor da educação médica informatizada via internet, se esta for adequadamente desenhada, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, podendo produzir mudanças de comportamento assim como ganhos sustentados de conhecimento, comparáveis ou superiores a formações em presença física (Fordis M, 2005).

Estes resultados têm levado alguns autores a defender a necessidade de re-conceitualizar o *workflow* da documentação como parte da próxima geração de Processos Clínicos Electrónicos (PCE), assim como de os decisores políticos terem uma aproximação mais racional relativamente ao investimento nesta área. (Schiff GD, 2010).

Num ambiente de crescimento exponencial do conhecimento, parece fundamental o acesso ao conhecimento quando e onde os profissionais precisam dele, sendo a via informática das mais eficazes, mas parece evidente que tal não é suficiente para modificar o seu comportamento e melhorar a prática clínica, sendo necessário recorrer a estratégias adicionais.

4.7.2. Situação internacional

A nível internacional tem sido grande o investimento global em sistemas de informação e tecnologias de informação e tem havido um enorme esforço em implementar registos de saúde electrónicos, promissores no que concerne a qualidade e eficiência, de melhor manutenção e maior disponibilidade dos dados (Pagliari C, 2007).

Os EUA vão investir cerca de 37,5 biliões de dólares em tecnologia de informação na saúde para aumentarem os registos electrónicos, sendo o investimento maior em incentivos dirigidos aos médicos que demonstrem um “meaningful use” dos registos de saúde electrónicos (United States Congress, 2009).

Na Europa, a utilização das tecnologias da informação e da comunicação no sector da saúde é extremamente variável entre Estados-Membros (European Commission, 2008). Na maioria dos países da União Europeia as soluções de e-saúde têm estado mais relacionadas com a disponibilização de computadores para armazenamento electrónico de dados de saúde, do que na tentativa de interligação dos dados de saúde e transacção da informação através das redes tecnológicas da saúde e de soluções mais complexas.

Pode ser destacado o trabalho sustentado feito na Dinamarca, que tem um sistema integrado de comunicação clínica, a nível nacional, permitindo que os circuitos de comunicação sejam digitais – ex. as cartas de alta emitidas nos hospitais são automaticamente comunicadas, por via electrónica, aos médicos de família e, a prescrição, às farmácias.

Em Inglaterra, o *NHS Evidence*, um novo serviço gerido pelo *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE), garante que os profissionais tenham o conhecimento acessível na ponta dos dedos. Lançado em Abril de 2009, fornece a melhor evidência e orientação médica ao gabinete de observação do doente ou sala de operações por via informática – num novo portal *online*. Esta poderosa ferramenta torna acessível aos profissionais a evidência científica mais actualizada, permitindo orientar o clínico nas suas decisões. Esta aplicação, simultaneamente, empodera o doente permitindo-lhe que aceda a informação acerca da sua situação clínica, tratamento e orientando-o sobre o que pode esperar da sua situação clínica, ao fornecer-lhe informação credível na internet (DoH, 2009c).

Em Inglaterra tem havido a implementação progressiva de múltiplas estratégias para a melhoria da qualidade, em que a tecnologia da informação tem tido um papel fundamental ao apoiar estas estratégias, mas os participantes nelas visados identificam-na como facilitadora ao invés de geradora de melhoria da qualidade, *per se* (Greene A, 2009).

Existe, actualmente, um programa comunitário que visa a implementação do registo de saúde electrónico, que vai permitir disponibilizar informação de saúde relevante sobre o cidadão, integrar informação actualmente dispersa e partilhar essa informação, suportar a mobilidade transfronteiriça, disponibilizar uma poderosa ferramenta de investigação clínica e de apoio ao ensino e monitorizar indicadores clínicos, de gestão e económicos que possibilitem a realização de análises reais ao funcionamento dos serviços prestados (ACSS, 2009).

4.7.3. Situação nacional

Nas últimas duas décadas tem havido um esforço de investimento importante na informatização dos serviços de saúde. Calcula-se que, actualmente, os custos do SNS relacionados com a implementação ou manutenção de tecnologias de informação variem entre os 100 e os 120 milhões de euros. Apesar disso, o resultado é ainda a existência de enorme multiplicidade de aplicações com fraco nível de integração e um enorme desperdício das potencialidades dos sistemas de informação. O Hospital de S. João, por exemplo, tem 70 aplicações informáticas diferentes.

O “Sonho” e o “SAM” estão implantados na grande maioria dos hospitais, no entanto houve a decisão de desinvestir nesses programas e só agora essa posição se modificou. Entretanto, na segunda metade da última década, vimos vários hospitais investirem em sistemas de informação globais com vista ao *no paper* hospital: O Centro Hospitalar de Lisboa Norte, os Hospitais da Universidade de Coimbra e o IPO do Porto estão a implementar o sistema da *Glinnt*; o Hospital Fernando da Fonseca e o IPO de Lisboa, o sistema “*Hosix*”; o Hospital de Leiria desenvolveu um sistema próprio, o “*Sisbit*”; da mesma maneira, o Hospital de São Sebastião criou o “*Medtrix*”, em parceria com a Universidade de Aveiro. O sistema “*Alert*” está presente com o sistema “*Alert Paper Free*” no Hospital de Chaves, no Hospital do Espírito Santo e no Centro de Medicina de Reabilitação da Zona Centro (Hospital Rovisco Pais). Em fase de instalação estão o CH Médio-Ave, a ULS do Norte Alentejano e a ULS da Guarda, mas ainda apenas em alguns módulos. O sistema “*HCIS*”, da HP, está a instalar módulos em três centros (ULS de Matosinhos, Centro Hospitalar de Lisboa Central e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental).

Esta dinâmica de instalação de sistemas de informação, não tem sido regulada de forma eficaz, particularmente no que respeita a requisitos de interoperabilidade.

Para além do “Sonho” e o “SAM”, destacam-se dois programas que têm uma utilização mais transversal nos hospitais do SNS, nomeadamente o “*Alert EDIS*”, que tem informatizado muitas urgências, estando em dez das urgências polivalentes (de 14), em 20 das médico-cirúrgicas

(de 30), e em mais 16 serviços de urgência básica e o sistema de prescrição informática da *Glinnt*, no entanto não existe informação agregada em relação a estas áreas tão fundamentais do serviço de saúde, o que seria de enorme relevância.

A nível dos cuidados primários, segundo um inquérito da União Europeia (EC, 2008), cerca de 88% dos clínicos gerais usa computadores na sua prática clínica, sendo o programa mais utilizado o SAM e com muito menor expressão o Medicine One, Vitacare e Alert, restando apenas sete centros de saúde por informatizar.

Tem sido anunciada, como intenção do Ministério, progredir para um modelo nacional padrão – processo electrónico único – essencial à uniformização dos dados, com a integração dos diversos registos clínicos das várias instituições da saúde num único processo, com informação clínica fiável, acessível aos diferentes níveis de cuidados de saúde e ao próprio utente. No último Plano Nacional de Saúde (PNS 2004-2010) já constava a necessidade de um Plano Estratégico de Sistemas Informáticos da Saúde, que estabeleceria as estruturas com a responsabilidade de normalizar e gerir todos os registos centrais de dados clínicos e utilizaria uma estratégia multidimensional, definindo o desenvolvimento de diferentes níveis estruturais: nível básico, aplicacional e, outro, com os indicadores de desempenho do Sistema de Saúde.

Nos sistemas de informação disponíveis em Portugal existem ainda diversas lacunas, nomeadamente na não integração dos variados sistemas, em matéria de sistemas de apoio à decisão clínica e de gestão, sendo estes factores limitativos da qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde nos diferentes níveis de cuidados. Existem, porém, alguns bons exemplos já amplamente usados em algumas instituições como a prescrição electrónica e o agendamento de consultas médicas, a desmaterialização das certidões de óbito e do certificado de vacinas.

Ainda este ano a criação do Registo de Saúde electrónico foi definido como uma das cinco prioridades da Agenda Digital para 2015.

4.7.4. Objectivos

- a. Implementação do registo de saúde electrónico (RSE), como verdadeiro registo único de saúde (RUS), contendo informação clínica completa e coerente, assim como a implementação de bases de dados centrais sobre doenças específicas, em Portugal. A normalização e criação de um processo clínico único a nível nacional, será um passo essencial para disponibilizar dados clínicos fiáveis aos vários intervenientes do sistema de

- saúde, incluindo o próprio cidadão, garantindo a continuidade da informação, aumentando a segurança, melhorando a qualidade e diminuindo os custos.;
- b. Garantir a interoperabilidade semântica,
 - c. Possibilitar o acesso online aos serviços de saúde, como sejam a marcação de consultas e contacto com os profissionais.
 - d. Utilizar as tecnologias de informação e comunicação para promover o *empowerment* dos doentes e o apoio aos auto cuidados.
 - e. Deve ser assegurada a interoperabilidade e interconexão dos sistemas de informação de forma a garantir que haja informação simples, credível e coerente que possa suportar novas formas de benchmarking e contratualização;
 - f. Utilizar as TICs para aumentar a eficiência no SNS.
 - g. Implementação da Prescrição Electrónica Nacional (PEN);
 - h. Desmaterialização da requisição e entrega de resultados de métodos complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).
 - i. Deve existir um gestor de implementação cada novo SI no SNS. Este deverá detalhar o processo formal de gestão da mudança, indicadores medidos e mecanismos para assegurar os requisitos de formação, gestão de mudanças organizativas e partilha de boas práticas com outros hospitais.
 - j. Utilizar as TICs para possibilitar o acesso ao conhecimento sempre que e onde os profissionais precisam e para a redução do erro;.

4.7.5. Estratégias

- a. Não parece suficiente aprovar projectos de qualidade ou implementar sistemas de informação nas organizações de saúde, tem que existir um comprometimento das instituições na criação de um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que desta forma os projectos se tornem parte da rotina, em vez de entrarem em conflito com ela, com repercussões a nível dos cuidados prestados;
- b. A qualidade exige uma reflexão sobre a prática. Têm de ser definidos objectivos do serviço a prestar, estabelecendo-se indicadores específicos para cada organização/nível de cuidados e delinear estratégias para os atingir, auditorias aos resultados e confirmação dos

- ganhos em cuidados de saúde, avaliando o papel dos sistemas de informação e o impacto destas intervenções nas competências dos profissionais de saúde;
- c. Melhorar a segurança do doente passará, necessariamente, pela implementação de sistemas que diminuam a possibilidade de erro e reduzam a dependência da memória humana (AHRQ, 2000; Bates DW, 1998).
 - d. O papel centralizador de *procurement* e desenvolvimento de SI da ACSS deve ser reforçado junto das organizações de saúde, no que respeita a integração e intercomunicação dos SI, permitindo diversidade e inovação locais. Deve exigir a existência de módulos de auditoria/investigação clínica em todos *softwares*/aplicações do SNS;
 - e. A ACSS deve ter um papel activo no ensino, investigação e experimentação em informática médica e promover demonstrações de SI e boas práticas/exemplos de sucesso de organizações de saúde de dentro e de fora do SNS, bem como organizar visitas a *demonstration sites* no estrangeiro;
 - f. No caderno de encargos/projecto de aquisição de SI deverá constar um estudo de qualidade de informação e da sua capacidade de integração com o *workflow* existente, ou, quando seja o caso, o seu grau de impacto com vista à modificação de comportamentos e *workflow*;
 - g. Antes da implementação de qualquer SI devem ser escolhidos os principais indicadores de qualidade nos cuidados de saúde sobre os quais se prevê que o SI poderá incidir, e aqueles em que se pode repercutir negativamente, e avaliar esses indicadores antes e depois da sua implementação;
 - h. As unidades de saúde devem preparar “cadernos de encargos”/projectos de desenvolvimento ou aquisição de SI, que detalhem como a informação do doente será integrada com as normas de orientação clínica, como será pesquisável e como será integrada com outros SI.
 - i. Definir ou adoptar normas nacionais que permitam a interoperabilidade semântica nas várias áreas em que esta vai ser necessária;
 - j. Promover serviços de teleconsulta, teleradiologia e telemedicina em geral.

- k. Disseminar a utilização de alertas e auxiliares de decisão clínica nos sistemas informáticos das instituições e de forma portátil, assim como o acesso a uma ampla base de Normas de Orientação Clínica e de sítios de Medicina Baseada na Evidência;
- l. Os *softwares* devem ser certificados de acordo com normas nacionais;
- m. Devem ser promovidos serviços de tele-saúde para os cidadãos.

4.8 Elaborar e implementar normas de orientação clínica

4.8.1. Introdução

As normas de orientação clínica (NOCs) definem-se como um conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada, constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde (Roque A, 2007).

As NOCs servem vários propósitos, quer para os profissionais de saúde, quer para os doentes, quer ainda para os sistemas de saúde (McGraw-Hill; 2008), disponibilizando – no caso dos profissionais de saúde – síntese da informação clínica relevante, através da indicação de recomendações claras que diminuem a variação da prática clínica, constituindo uma base de referência para programas de qualidade em saúde e constituindo um esquema referencial da melhor prática médica (Kmietowics S, 2010). Para os doentes, educam sobre as melhores práticas clínicas e disponibilizam informação de boa qualidade, promovendo uma base segura para decisão consciente acerca da saúde de cada um. Para os sistemas de saúde, as NOCs melhoram a eficiência dos serviços, estabelecem padrões comparativos de qualidade dos cuidados e optimizam recursos com aumento das actuações custo-efectivas (Carneiro AV, 2001).

Uma NOC é válida se a sua aplicação induz as melhorias de saúde previstas, com um custo próximo ao previamente determinado.

4.8.2. Situação internacional

A elaboração, disseminação e implementação de NOCs a nível internacional está bem estabelecida em determinados países, que possuem agências nacionais (NICE no Reino Unido, AHRQ nos EUA, SIGN na Escócia, NZGG na Nova Zelândia, CoCANGPC em França, etc.).

A importância destes instrumentos de qualidade em saúde está bem patente na criação recente de duas redes internacionais, a *Guideline International Network* (<http://www.g-i-n.net>) e a Rede Ibero-americana de Guias de Prática Clínica (<http://www.iberoamericanagpc.org>), que congregam um conjunto muito elevado de instituições e indivíduos dedicados à produção, disseminação e implementação de NOCs.

Vários sistemas de saúde de países avançados dispõem de instituições de produção de NOCs, que servem de instrumentos de sistemas de qualidade locais.

4.8.3. Situação nacional

Em Portugal existem diversas entidades e organizações que, em graus diversos, elaboram, disseminam e implementam NOCs: médicos especialistas hospitalares e de cuidados primários, enfermeiros, farmacêuticos, sociedades profissionais médicas/farmacêuticas, escolas médicas, indústria farmacêutica, governo (Ministério da Saúde), Direcção Geral de Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Missão para os Cuidados Primários, entre outros (Carneiro AV, 2009).

Umas NOCs têm abrangência nacional – as que são produzidas por organizações de topo da saúde (DGS, ACS, etc.) – enquanto outras, têm aplicação em contextos mais regionais ou locais. A natureza da obrigatoriedade de seguimento das recomendações é também variável, sendo a maior parte apenas de carácter consultivo, mas existindo algumas obrigatórias (nomeadamente, as da DGS nas medidas preventivas, vacinação, etc.).

As áreas gerais abrangidas pelas NOCs, em Portugal são, em primeiro lugar, a terapêutica, depois o diagnóstico e, finalmente, a gestão. Neste ponto, o cenário é semelhante ao que se verifica noutros países, em que a terapêutica é de longe a área mais contemplada (Davis D, 2007). Este facto deve-se, logicamente, à importância desta área clínica, assim como à existência de um enorme número de ensaios clínicos que, quando comparados com os estudos diagnósticos, prognósticos, de etiologia, etc., apresentam uma qualidade metodológica francamente superior. Ou seja: a evidência científica sobre tratamento é maior e melhor, permitindo deste modo a construção de melhores documentos.

4.8.4. Objectivos

- a. O Serviço Nacional de Saúde deve investir na elaboração e implementação de Normas de Orientação Clínica, enquanto instrumentos que se destinam a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde;

- b. Até 2016, devem existir normas de orientação clínica referentes às patologias mais prevalentes;
- c. Até 2016, devem existir trajectos clínicos definidos para os processos críticos dentro de cada área de cuidados, em que haja evidência de impacto na melhoria da qualidade ou no aumento da eficiência;
- d. Até 2016, devem existir recomendações de *design* para as estruturas mais relevantes;
- e. Tal como já referido no ponto 4.1.5 o SNS deve criar uma instituição independente que possa ser responsabilizada pela escrita e produção de NOCs baseadas na melhor evidência científica, assim como pela sua disseminação e implementação prática no terreno;
- f. Deverá existir nos diversos níveis do SNS uma política de implementação contínua das recomendações das NOCs, com avaliação ulterior do impacto eventual da sua utilização prática.

4.8.5. Estratégias

- a. Um Serviço Nacional de Saúde moderno, de qualidade, equitativo e custo eficaz deve basear-se, tanto quanto possível, na melhor evidência científica disponível. Esta abordagem aplica-se aos três níveis decisoriais em saúde, a saber: o da prática clínica assistencial, o da gestão/administração e o da decisão política. As NOCs devem ser assumidas como instrumentos fundamentais de assistência, gestão e políticas de saúde, desenvolvendo e apoiando grupos de profissionais e/ou sociedades profissionais que as produzam e criando uma Agência de Avaliação de Tecnologias independente;
- b. Um modelo possível seria um grande Instituto Público independente, criado em bases semelhantes ao do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), do Reino Unido (que – entre outras atribuições – elabora e dissemina NOCs baseadas na melhor evidência científica disponível). Os objectivos deste instituto seriam a produção de orientações nacionais para a promoção da saúde e tratamento da doença, incluindo a avaliação de tecnologias da saúde e medicamentos, campanhas de saúde pública e definição de boas práticas clínicas. A existência de um instituto desta natureza pressuporia uma política de saúde, que centrasse a qualidade clínica em instrumentos como as NOCs, e estabelecesse auditorias baseadas em indicadores clínicos definidos a partir deste tipo de documentos. Um instituto desta natureza deveria ser independente dos *stakeholders* da saúde, incluindo o Ministério da Saúde e seus departamentos, os

- doentes e suas famílias, os gestores/administradores da saúde, as classes profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc.) e a indústria farmacêutica;
- c. Reconhecem-se factores intrínsecos e extrínsecos que condicionam o resultado da implementação de uma NOC (dependendo os primeiros directamente de quem concebe a NOC). Para a sua resolução poderão ser utilizados instrumentos como a GLIA (*Guideline Implementability Appraisal*) (Shiffman RN, 2005), que se destina a auxiliar grupos que pretendam construir uma NOC, ao avaliar os critérios de implementabilidade da mesma.

4.9 Promover a segurança e estratégias de gestão do risco

4.9.1. Introdução

As questões relacionadas com a segurança e a gestão do risco perfilam-se como prioritárias, no exercício da medicina moderna. A dificuldade da abordagem diagnóstica, o carácter invasivo de muitos procedimentos, a complexidade dos tratamentos médicos e cirúrgicos, a introdução da inovação, o peso das tecnologias, a interdependência das tarefas, as novas ameaças, como é o caso das infecções associadas aos cuidados de saúde, entre outros, fazem da prestação de cuidados de saúde um actividade arriscada e dos locais onde são prestados, locais perigosos. Sendo a possibilidade de erro inerente a qualquer actividade humana, o compromisso de o minimizar tem que ser assumido como uma responsabilidade colectiva perante os doentes.

A gestão de risco clínico (GRC) corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela actuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. A GRC tem como duplo objectivo, limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo), e minimizar os danos que provocam (recuperando) (Fragata J, 2009).

Se reunirmos a maior parte dos estudos de terreno sobre a incidência de eventos adversos (lesões provocadas pelos cuidados médicos) em saúde, chegaremos a cifras entre 4% e 17%, com uma mediana nos dez eventos por cada cem internamentos hospitalares. Estes eventos, só em 5% causam danos irreversíveis ou mesmo a morte e, mais importante, poderiam, em cerca de 50% dos casos ter sido evitados (Fragata J, 2009).

Quais os factores que mais contribuem para estes efeitos adversos? A probabilidade de erro está directamente relacionada com a complexidade do doente ou da tarefa e com o desempenho. Aqui, os factores humanos – actos certos, erros ou violações representam cerca de 60 a 70% das causas, os factores imputáveis à organização ou ao sistema, cerca de 20 a 30%, existem ainda factores ditos de equipa e, uma percentagem mais pequena e incerta, resultará da variação inexplicável ou acaso. Uma coisa é certa, a maior parte dos acidentes tem causas múltiplas (Fragata J, 2009).

Quais as áreas de maior frequência de eventos adversos? O tratamento com fármacos em cuidados agudos (7,5% a 10,4%) (Miller GC, 2006; Baker GR, 2004; Bates DW, 1995), dos quais 28 a 56% são preveníveis, sendo a prescrição electrónica uma das medidas correctivas mais eficazes (Bates DW, 1998; Mirco A, 2005; Schiff GD, 2009).

A utilização de dispositivos médicos provoca cerca de um milhão de adventos adversos por ano (Bright RA, 2007). Este número poderá ser reduzido com investimento na formação e no *design* dos dispositivos.

Os erros cirúrgicos e anestésicos poderão ser responsáveis por cerca de 46% dos adventos adversos (Brennan TA, 2001). A minimização destes eventos exige uma abordagem sistémica, que tenha em conta a interdisciplinaridade e a pressão dum bloco operatório (WHO, 2008b), mas a qualidade dos equipamentos, formação e o preenchimento de *check-lists* serão algumas das estratégias a implementar.

As infecções associadas aos cuidados de saúde são já um enorme problema de saúde pública pela sua frequência, afectando 5 a 10% dos doentes admitidos nos hospitais (WHO, 2005b), pela sua agressividade, pela multiresistência aos antibióticos e por deambularem entre os hospitais, a casa e outras instituições, em doentes que se tornaram portadores. Novamente, as estratégias devem ser múltiplas e passam por legislação adequada, pela formação, monitorização, medidas de higiene e isolamentos adequados, entre outras (Pittet D, 2000; WHO, 2005b).

As práticas de injeção e do uso de produtos de sangue de forma não segura, apesar de não serem um problema grave em países desenvolvidos, representam a nível mundial, no primeiro caso, cerca de 1,3 milhões de mortes precoces (Miller MA, 1999) e no segundo, 5 a 10% das novas infecções por VIH em países em vias de desenvolvimento (Wake DJ, 1998). A formação e a disponibilidade de equipamento, poderá minimizar a utilização não segura de agulhas, e programas de *screening* para os dadores, poderá diminuir o risco das transfusões (WHO, 2008b).

A estimativa de 7,6 milhões de mortes perinatais por ano e de 500.000 mortes na gravidez ou no parto tornam, também, este problema, grave, à escala mundial (WHO, 2004a; Lawn JE, 2005). Este é um problema que mais depende de factores sociais, do acesso a cuidados de saúde, da sua qualidade e exige uma resposta integrada (WHO, 2008b)

Os eventos adversos afectam os idosos de forma desproporcionada, calculando-se em 50 por 1000 doente/ano, nos EUA (Field TS, 2005). Para os prevenir, tem sido defendida a acção de equipas multidisciplinares (WHO, 2008b) e, no caso particular dos eventos relacionados com fármacos, a prescrição electrónica (Bates DW, 2003).

As lesões causadas por quedas representam dois em cada cinco eventos relacionados com a segurança dos doentes no Reino Unido, estimando-se a ocorrência de 4,8 a 8,4 quedas por 1000 doentes/dia de internamento, 30% resultando em lesão (Vassalo M, 2005). A redução de fármacos psicoactivos e de dispositivos de restrição têm um efeito preventivo das quedas (Parker K, 1997).

Calculam-se em 114.380, o número de mortes nos EUA por úlceras de decúbito adquiridas entre 1990 e 2001 (Redelings MD, 2005). Estas serão responsáveis por 4% da despesa do NHS (Bennet G, 2004). O uso de colchões de espuma, camas com pressão alternada, reposicionamentos adequados e melhoria da nutrição, são algumas das estratégias que se têm mostrado efectivas na sua redução (Bliss MR, 1996; Hofman A, 1994; Aronovitch SA, 1999).

Outras áreas de eventos adversos frequentes são os diagnósticos errados, deficiências no *follow-up* e a contrafacção de fármacos, que representa cerca de 10% do mercado global de fármacos (WHO, 2006a).

É fundamental fomentar uma cultura de segurança (Watcher RS, 2006) e, para isso, é necessário ultrapassar algumas barreiras, como sejam a de uma exagerada autoconfiança no treino e na experiência adquirida e o receio de identificação do erro com incompetência. As estratégias de intervenção devem ser dirigidas às causas identificadas, que geralmente são multifactoriais e se podem sintetizar na tabela 8.

Causas	Factores
Instituição	Ambiente legal, abertura...
Organização – Gestão	Nível de restrições financeiras, definições, cultura de segurança local
Ambiente Trabalho	Dotação pessoal, turnos, equipamento
Equipa	Comunicação, supervisão, liderança

Factores Individuais	Competência, motivação, cansaço
Tarefa	Desenho, protocolos, rigor
Complexidade (doente)	Dificuldade técnica, gravidade doença, barreiras comunicação, factores sociais

Tabela 8 – Vincent C, 2000

Além das estratégias específicas, já identificadas para prevenção dos erros e aumento da segurança dos cuidados de saúde, existe evidência de serem eficazes outras, como sejam a realização de auditorias à dimensão organizacional mais associada aos erros (WHO, 2008b), trabalho de equipa (Leonard M, 2004), melhoria da comunicação (Joint Commission, 2006), protocolos, arquitectura e *design* dos edifícios, *design* dos dispositivos (Graham MJ, 2004), introdução de mecanismos de certificação e acreditação, reporte de erros, recursos adequados, limitação de períodos prolongados de trabalho, prevenção do *burn-out*, formação (WHO, 2008b), uso de ferramentas informáticas automáticas (Bates DW, 2003), entre outros. O envolvimento dos doentes e dos profissionais em todos estes processos é essencial (WHO, 2008b).

Em termos práticos, para promover mais segurança deveremos actuar na melhoria da Comunicação, na *standardização* e controle de procedimentos, na gestão de equipas e na implementação de uma cultura de segurança.

A comunicação pode ser melhorada pela estruturação do modo como recebemos e transmitimos ordens (princípio da dupla confirmação) e pelo uso de ferramentas de comunicação, que permitam maior grau de automatismo com menos interfaces humanas.

A *standardização* e controle de procedimentos são fundamentais para a segurança. Normas e protocolos de actuação são importantes, devem ser simples, não demasiado extensos e não limitadores da actividade individual, no entanto, deverão fornecer uma “espinha dorsal” orientadora de procedimentos, nomeadamente se nestes intervêm múltiplas pessoas e existem muitos passos.

A boa gestão de equipas é crucial para a promoção da segurança. A actividade na saúde é hoje, predominantemente, exercida em equipa, uma equipa pluridisciplinar e complexa, com múltiplas interfaces profissionais e técnicas, recorrendo a uma profusão de equipamentos. Cada vez mais, o exemplo do *crew resource management* da aviação civil se aplica à Medicina para efeitos e promoção de segurança. A dimensão de equipa inclui a comunicação, a inter-ajuda, a divisão de

tarefas e a boa supervisão, as quais têm, especialmente, que ser bem lideradas. As equipas de saúde sejam fixas ou fluidas; mais, ou menos estruturadas, terão de ser correctamente lideradas para que o efeito equipa resulte em potenciação e vantagem nos resultados (Flin R, 2003; Carthey J, 2001).

Finalmente, a mudança cultural em torno dos erros e do risco, em geral, é a modificação essencial para a promoção da segurança clínica (IoM, 2001). Essa mudança pode promover-se através de valores partilhados sobre a segurança dos doentes, pelo *staff* e pela organização, numa dinâmica de equipa, de um ambiente de responsabilização plena, mas livre de culpa e, através da produção de conhecimento organizacional para promoção da segurança.

4.9.2. Situação internacional

Alguns dados já foram apresentados no capítulo do estado da qualidade a nível nacional e internacional. O relatório americano *To Err is Human* (IoM, 2004) e o relatório inglês *An Organization with a Memory* (DoH, 2000), vieram expor publicamente, a dimensão deste problema e, desde então, inúmeros relatórios, estudos, inquéritos, processos e notícias têm colocado este problema no foco do público e dos profissionais. Calcula-se que a desadequação de cuidados médicos ocorra, nos EUA, em cerca de metade dos doentes (McGlynn EA, 2003) e que os erros médicos custem cerca de 29 biliões de dólares, anualmente (IoM, 2001). Cerca de 140.000 doentes poderão morrer anualmente nos EUA, por efeitos adversos relacionados com fármacos (Classen DC, 1997). Conforme se disse, o NHS gasta anualmente 400 milhões de libras em litigação e ocorrem cerca de 850.000 efeitos adversos anualmente, com custos de dois biliões de libras em dias de internamento adicionais (DoH, 2000). Calcula-se que a taxa de reportes destes erros seja de 1,5% (Baker GR, 2004).

A OMS, em 2002, pela *Health Assembly Resolution 55.18* sobre *Quality of care: patient safety*, reconheceu a necessidade de tornar a segurança dos doentes como um princípio fundamental, em todos os sistemas de saúde.

Em 2004, a *57th World Health Assembly* propôs a criação da *World Alliance for Patient Safety* (WHO, 2004b), para tornar a segurança dos doentes uma iniciativa global. As seis áreas prioritárias definidas foram: a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (*clean care is safer care*), o envolvimento dos doentes e dos consumidores, o desenvolvimento duma taxonomia para segurança dos doentes, o estímulo à investigação nesta área, a implementação de soluções para reduzir o risco e a necessidade de reportar e aprender com os erros cometidos.

Também, o conselho de ministros do Conselho da Europa, através da recomendação (2006) 7, defendeu que a segurança dos doentes deveria ser a pedra angular de todas as políticas de saúde, particularmente na área da qualidade, tendo recomendado a implementação de uma cultura de qualidade, uma atitude proactiva e preventiva, a importância de aprender com os erros, a criação de um sistema de reporte de incidentes com a segurança dos doentes, a necessidade de utilizar as queixas, os processos judiciais, os registos clínicos e instrumentos de monitorização como fonte de informação, de programas educativos, de indicadores mais fiáveis, de cooperação internacional para troca de experiências, de mais investigação neste domínio e de relatórios regulares nacionais sobre acções tomadas neste campo.

Desde então, muitos programas têm surgido em várias áreas. Nos EUA o National Quality Fórum elabora, desde 2003, um conjunto de recomendações sobre práticas seguras, que tem actualizado com regularidade (NQF, 2010). Em Espanha a Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud criou um conjunto de indicadores baseados naquelas recomendações que servem para avaliar o seu grau de implementação a nível das instituições de saúde (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). A nível europeu, o projecto IPSE (*Improving Patient Safety in Europe*), fundado pela Comissão Europeia (DG SANCO), que começou a 1 de Janeiro de 2005 e continuou até ao final de 2007, teve como missão uniformizar práticas e resultados, em termos de infecções associadas aos cuidados de saúde e resistências aos antimicrobianos nos países europeus.

Este projecto foi objecto de uma avaliação externa no âmbito da sua integração em 2008, no *European Centre for Diseases Control and Prevention* (ECDC). Desta avaliação resultaram recomendações:

- A vigilância das infecções associadas aos cuidados de saúde é fundamental para a sua prevenção e controlo;
- Os programas de vigilância de incidência contínuos das infecções dirigidos aos serviços de maior risco, às infecções mais graves, e aos microrganismos alerta, devem manter-se, reforçando a sua implementação nos Estados-Membros. Estes estudos devem acompanhar-se da realização de estudos de prevalência periódicos.

O *e-Bug* é um projecto europeu, financiado pela Comissão Europeia através da DG SANCO, representado em Portugal pela Direcção Geral da Saúde (DGS), que cria um recurso educativo (programas modulares apoiados por um website interactivo), destinado a sensibilizar jovens escolares para a prevenção de doenças transmissíveis e uso prudente dos antibióticos.

Envolve o desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos saudáveis nas áreas da higiene das mãos, da higiene respiratória e alimentar.

Realça os benefícios extraordinários dos antibióticos no tratamento das doenças infecciosas, mas alerta para os efeitos adversos do seu uso imoderado e imprudente, nomeadamente para o aumento das resistências.

Os programas modulares são apoiados por um website que contém toda a informação necessária para alunos e professores, e também jogos didácticos e animações interactivas, que foram traduzidos e adaptados para a língua e cultura portuguesas e para outras línguas europeias.

O projecto *HALT – Health Care Associated Infections in Long Term Care* é um projecto do *European Centre for Disease Prevention and Control*, no âmbito da prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antibióticos.

O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi estabelecido pela Organização Mundial da Saúde para reduzir o número de mortes cirúrgicas em todo o mundo. O objectivo do programa é mobilizar o compromisso político e clínico para tratar importantes questões de segurança, incluindo práticas inadequadas de segurança anestésica, infeções cirúrgicas evitáveis e má comunicação entre os membros da equipa. Demonstrou-se que estes problemas são comuns, fatais e evitáveis, em todos os países e todas as organizações. Para auxiliar as equipas operacionais a reduzir o número desses eventos, a OMS identificou dez objectivos essenciais para a segurança cirúrgica. Estes objectivos estão compilados na “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica”. O objectivo desta lista é reforçar as práticas de segurança aceites e promover uma melhor comunicação e trabalho em equipa entre as diversas disciplinas clínicas. A lista é uma ferramenta para ser usada pelos clínicos interessados em melhorar a segurança das suas cirurgias e reduzir mortes desnecessárias e complicações cirúrgicas. A sua utilização demonstrou associação com reduções significativas de complicações e taxas de mortalidade, em diversos hospitais e contextos, e melhorias na observância dos padrões básicos de cuidados.

O projecto *EUNetPaS (European Network for Patient Safety)* incide, particularmente, na segurança das medicações.

4.9.3. Situação nacional

A nível nacional, os objectivos estratégicos assumidos pelo Departamento da Qualidade da DGS são a concepção e implementação do Observatório de Segurança do Doente e do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. Tal como é recomendado

internacionalmente, pretende-se que este sistema seja voluntário, confidencial e não punitivo, e permita a aprendizagem em segurança do doente.

A criação do Observatório em Segurança do Doente visa:

- Compilar e analisar os dados necessários para conhecer, de forma rotineira, os problemas relativos à segurança da prestação dos cuidados de saúde aos doentes, porque é que ocorrem, e assegurar que as medidas preventivas adequadas são desenvolvidas;
- Difundir boas práticas em segurança do doente, integrando informação de diferentes instituições fidedignas e emitindo alertas próprios;
- Integrar a informação disponível em segurança do doente, disponibilizando-a aos profissionais e aos cidadãos;
- Identificar grupos de interesse representativos das organizações de referência que disponham de informação relevante sobre a segurança do doente e estabelecer parcerias.

O Observatório de Segurança do Doente deverá integrar informação de vários sistemas, programas e projectos, como sejam:

- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos;
- Programa Nacional de Vigilância das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- Programa Nacional de Vigilância das Resistências aos Antimicrobianos;
- Campanha Nacional de Higiene das Mãos;
- Projecto *e-Bug*;
- Projecto *Healthcare Associated Infections in Long Term Care (HALT)*;
- Projecto Cirurgia Segura Salva Vidas;
- Boas práticas para a Segurança do Medicamento;
- Sistema “SIM-Cidadão.”

Outros programas estão a ser desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento:

Programa Nacional de Vigilância das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

O Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) foi criado por Despacho do Director Geral da Saúde, em 14 de Maio de 1999, para substituir o Projecto de Controlo de

Infecção, que decorreu no IGIF desde 1988 até 1998, com o objectivo de estimular as actividades de controlo de infecção nas Instituições de Saúde e utilizar o controlo de infecção como indicador de qualidade dos cuidados prestados. Em 2001, por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, o programa foi transferido para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

O Programa Nacional de Controlo de Infecção tem como objectivo principal desenvolver nas instituições de saúde, competências e meios necessários, para que sejam evitadas as infecções cruzadas a nível da prestação de cuidados, protegendo os doentes e os profissionais e fazendo-o de uma forma custo-efectiva. É também objectivo do programa, através da abordagem sistémica, conhecer a verdadeira dimensão das infecções nosocomiais nas unidades de saúde e promover as medidas necessárias para a sua prevenção, através da identificação e modificação das práticas de risco.

O programa desenvolve-se em três vertentes:

- Vigilância epidemiológica, através de uma rede de registo de infecção (integrada na rede europeia *HELICS - Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance* - na qual, Portugal, participa desde 1997);
- Desenvolvimento de recomendações de boas práticas;
- Formação e informação dos profissionais.

O programa foi reformulado em 2006 e transferido para a Direcção-Geral da Saúde. O novo programa, designado “Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde”, foi aprovado pelo Ministro da Saúde, em 2007.

O novo programa tem como linhas de acção:

a) A vigilância epidemiológica

A vigilância nacional das infecções associadas aos cuidados de saúde, implementada actualmente, é a seguinte:

- Vigilância das infecções adquiridas nas unidades de cuidados intensivos (HELICS-UCI), e da infecção do local cirúrgico (HELICS-Cirurgia); rede europeia HELICS (*Hospitals in Europe Link for Infection Control Through Surveillance*); vigilância das infecções nosocomiais da corrente sanguínea e vigilância das infecções nas unidades de cuidados intensivos a recém-nascidos;
- Realização periódica de estudos de prevalência de infecção.

Estes estudos de vigilância de infecção são realizados através de aplicações informáticas que permitem o registo *on-line* dos dados e a obtenção de relatórios pré-definidos em tempo útil, pelas unidades de saúde.

b) O desenvolvimento de recomendações de boas práticas

Os documentos elaborados estão disponíveis na página da Direcção-Geral da Saúde, *micro site* do controlo de infecção.

c) A formação e informação dos profissionais

A prioridade é que seja criado um quadro de profissionais especializados, que possam gerir o programa de controlo de infecção em cada instituição.

É promovida, também, a formação em prevenção e controlo de infecção a nível das Administrações Regionais de Saúde. Para este efeito, colaboramos com as Administrações Regionais de Saúde a nível da definição dos currículos formativos e com uma bolsa de formadores.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Resistências aos Antimicrobianos

Em finais de 2007, por Despacho do Director-Geral da Saúde, foi criada a Comissão Técnica para Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (CTPRA), a qual integra peritos nacionais e tem como objectivo a concepção e implementação do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Esta comissão criou quatro grupos de trabalho que definem orientações para o desenvolvimento das seguintes áreas:

- Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos;
- Monitorização dos consumos de antimicrobianos;
- Emissão de orientações técnico-normativas;
- Promoção da formação de profissionais de saúde e da informação do público.

Com base no trabalho produzido por estes grupos, foi concebido o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, o qual aguarda aprovação do Ministério da Saúde.

Campanha Nacional de Higiene das Mãos

Portugal aderiu, em 8 de Outubro de 2008, ao primeiro desafio *Clean Care is Safer Care*, da *World Alliance for Patient Safety*, da OMS. O objectivo principal deste desafio é fomentar a higiene das mãos em todos os hospitais, à escala mundial e nacional.

Participaram neste programa 80% dos hospitais públicos e 34% dos privados, tendo no final do primeiro ano de implementação, aumentado a adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos de 46% para 66%. Naturalmente, que toda a informação relacionada com a Gripe A, contribuiu também para este aumento.

Prevê-se para 2010, o alargamento das actividades inerentes à campanha nacional de higiene das mãos aos cuidados de saúde primários e aos cuidados continuados.

Projecto “e-Bug”

Na sua criação, desenvolvimento, tradução e implementação estão envolvidos 18 países europeus, incluindo Portugal, cobrindo 76% da população europeia.

Projecto HALT- *Health Care Associated Infections in Long Term Care*

É um projecto do *European Centre for Disease Prevention and Control*, no âmbito da prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antibióticos, a que a DGS se associou. As actividades mais importantes, a desenvolver neste âmbito, são a realização de estudos de prevalência de infecção, a avaliação das estruturas e recursos de controlo de infecção e a avaliação do consumo de antibióticos.

Projecto “Cirurgia Segura Salva Vidas”

Portugal aderiu, formalmente, a este segundo desafio da *World Alliance for Patient Safety*, da OMS, em 25 de Dezembro de 2009.

Boas Práticas na Segurança das Medicções

No âmbito da participação de Portugal no projecto *EUNetPaS (European Network for Patient Safety)*, foram implementadas em 15 Hospitais, Boas Práticas na Segurança das Medicções. Estas boas práticas foram seleccionadas a nível europeu e o objectivo da sua implementação é promover a segurança das medicações.

4.9.4. Objectivos

- a. A segurança dos doentes deve ser encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, sendo a boa gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança.
- b. Estabelecer uma nomenclatura correcta, ou terminologia do erro, de modo a uniformizar a linguagem e as definições e, de igual modo, se dará prioridade à definição de indicadores objectivos de performance e de segurança nos cuidados de saúde.
- c. A monitorização de risco deverá fazer-se com base na declaração de eventos ocorridos e na monitorização contínua da performance;
- d. Utilizando a gestão do risco clínico, devem ser implementadas como medidas para promover maior segurança o reporte de erros, *near miss* e eventos adversos, assim como a *standardização* de protocolos e orientações, incorporando tecnologias, nomeadamente de comunicação.
- e. Devem ser desenvolvidos programas mantidos nas seis áreas prioritárias definidas pela *World Alliance for Patient Safety* (WHO, 2004b). As seis áreas prioritárias definidas foram a prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde (*clean care is safer care*), o envolvimento dos doentes e dos consumidores, o desenvolvimento duma taxonomia para segurança dos doentes, o estímulo à investigação nesta área, a implementação de soluções para reduzir o risco e a necessidade de reportar e aprender com os erros cometidos.

4.9.5. Estratégias

- a. Deve ser estimulada nas unidades de saúde uma mudança cultural que contemple valores partilhados sobre a segurança dos doentes, aceitando a possibilidade e o risco de falhar, numa atitude de antecipação e proactividade em relação ao risco, e que se caracterize por:
 - Ambiente livre de culpa em que haja discussão aberta dos erros, uma cultura de reporte de eventos que desculpabilize os erros honestos, mas que puna os erros negligentes;
 - Uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento, de aprendizagem em torno do erro, elaborando normas de segurança e funcionando em equipa, em que haja revelação total dos erros a doentes e famílias.

- a. Deve existir a nível central uma organização capacitada para regular, estimular, criar ferramentas comuns, dar formação, incentivar lideranças, estabelecer parcerias e dar continuidade aos programas já em curso no âmbito da gestão de risco.
- b. Deve existir, em cada nível do sistema de saúde uma estrutura e uma estratégia explícita de gestão do risco clínico.
- c. A existência de um sistema de indicadores de qualidade é uma condição fundamental para gestão do risco e promoção da segurança dos cidadãos.

4.10 Promoção de uma resposta integrada aos doentes crónicos

4.10.1 Introdução

A resposta aos doentes crónicos constitui, porventura, o maior desafio para os sistemas de saúde no Século XXI.

Primeiro que tudo, é preciso tentar definir doença crónica (DC). O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos, por exemplo, define DC como uma doença que dura pelo menos três meses e não é auto-limitada (IoM, 2001), no entanto, parece-nos preferível uma definição menos precisa, como a do *Center for Disease Control and Prevention*, que define DC como uma doença prolongada que não resolve espontaneamente e raramente cura completamente (Center for Disease Control and Prevention, 1999).

Nos países da União Europeia, um quinto a 40% das pessoas com 15 ou mais anos, declaram, pelo menos, uma doença crónica (EU, 2007). Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005-2006, deverão ser mais de 5,2 milhões pessoas afectadas com pelo menos uma doença crónica, mas cerca de 2,6 milhões sofre de duas ou mais doenças crónicas, havendo mesmo cerca de 3% da população que sofre de cinco ou mais doenças crónicas (Dias CM, 2010). Estes números são uma sub-estimativa da realidade, na medida em que se baseia numa metodologia de auto-reporte.

O aumento da esperança de vida, os comportamentos de risco, factores ambientais e a maior capacidade interventiva da medicina estão a provocar o aumento das doenças crónicas, que se calcula em cerca de 1% ao ano, na população em geral, e cerca de 2,5% no grupo dos idosos (Campos L, 2009). A hipertensão, por exemplo, atingia, em 2000, cerca de 1 bilião de pessoas no mundo, no ano 2025 é provável que atinja 1,56 biliões de pessoas (Kearney PM, 2005), no caso dos

doentes diabéticos, prevê-se que aumentem de 135 milhões em 1995, para 300 milhões em 2025 (King H, 1998).

As doenças crónicas têm um elevado impacte na vida dos doentes, das famílias e das comunidades, tendo contribuído para 77% de todos os *DALYs* na Europa (WHO, 2005a). No que respeita ao impacte nas despesas, as doenças crónicas representam 60 a 80% das despesas de saúde (WHO, 2005a). No entanto, o impacte indirecto é substancialmente superior: um estudo recente na área da diabetes demonstra que os custos anuais desta doença, em dias de internamento, é de cerca de 85 milhões de euros, mas os custos indirectos poderão ascender a 324 milhões (Gouveia M, 2010). As doenças crónicas são responsáveis por 86% das mortes prematuras na região europeia da OMS (WHO, 2005a).

De que doenças estamos a falar e quais as mais prevalentes?

Existe uma diferença substancial na prevalência das doenças crónicas, de acordo com o auto-reporte colhido no INS e os estudos apresentados pelas sociedades científicas, que contam também com os doentes não diagnosticados. De acordo com o INS, a doença mais prevalente será a hipertensão arterial (19,5%), seguido da dor crónica (16%), das doenças reumáticas (16%), depressão (7,5%) e diabetes (6,4%), enquanto segundo estudos das sociedades científicas a cárie dentária afectará 67% da população com 15 ou mais anos (SPMED, 2010), a hipertensão arterial afecta cerca de 42% da população adulta (De Macedo ME, 2007), a dor crónica atinge cerca de 31% da população com mais de 18 anos (Lopes C, 2008), com destaque para as lombalgias, as perturbações mentais cerca de 23%, com destaque para as perturbações ansiosas (Caldas de Almeida J, 2010), a rinite alérgica 20,5% da população (Morais de Almeida M, 2007), a diabetes afecta 11,7% da população entre os 20 e os 79 anos (OND, 2010), e a asma 12% (Morais de Almeida, 2007), entre outras. A tendência é incluir também o cancro, a SIDA e certas incapacidades, como o compromisso da visão.

Da população que sofre doenças crónicas, a que exige uma resposta mais complexa é a população idosa com multimorbilidades, que é a grande consumidora de recursos nos sistemas de saúde. A *Medicare*, por exemplo, despende 76% do seu orçamento em 20% dos doentes que têm uma associação de cinco ou mais doenças crónicas (Thorpe K, 2006). Em Portugal, apenas 5% das pessoas internadas nos hospitais do SNS, são responsáveis por 30% do total de dias de internamento, sendo na sua grande maioria doentes crónicos (Lynce A, 2007).

Que estratégias permitem obter melhores resultados com os doentes crónicos?

A resposta a esta questão é fulcral para os doentes e para os sistemas de saúde, em termos de qualidade e de sustentabilidade. O grande objectivo das mudanças a operar será a melhoria de qualidade da assistência a estes doentes, através da implementação da melhor evidência clínica, em termos de processos diagnósticos e terapêuticos. Nenhum sistema tem a solução mágica, mas todos têm investido nesta procura, particularmente nos últimos anos.

A primeira geração de programas de gestão da doença crónica focou-se em doenças isoladas e algumas estratégias provaram melhorias, no entanto, na generalidade falharam na demonstração de evidência no que respeita a mudança de comportamentos, nos *outcomes* clínicos, no grau de utilização de serviços ou na redução das despesas (Mattke S, 2007). Estes programas conheceram uma certa notoriedade, porque era mais simples a focagem numa única doença, mas a realidade é que a maior parte destas doenças não aparecem isoladas, razão porque se evoluiu para uma segunda geração de programas mais dirigidos a doentes com múltiplas co-morbilidades e diferentes tipos de necessidades, através de novos modelos integrados de cuidados (WHO, 2008b).

Foi dos EUA que surgiu a primeira proposta de um modelo de reposta global aos doentes crónicos: *The Chronic Care Model*, apresentado como *uma solução multi-dimensional para um problema complexo* (Bodenheimer T, 2002) (Fig 10). O impacte deste modelo tem sido amplamente estudado com resultados clínicos, económicos e de satisfação muito positivos (Tsai AC, 2005). Dos componentes do modelo têm sido considerados particularmente relevantes, pelo nível de impacte nos resultados, o redesenho da prestação de cuidados com destaque para o trabalho em equipa, o carácter colaborativo das decisões, a melhoria dos auto-cuidados e a implementação de auxiliares de apoio à decisão.

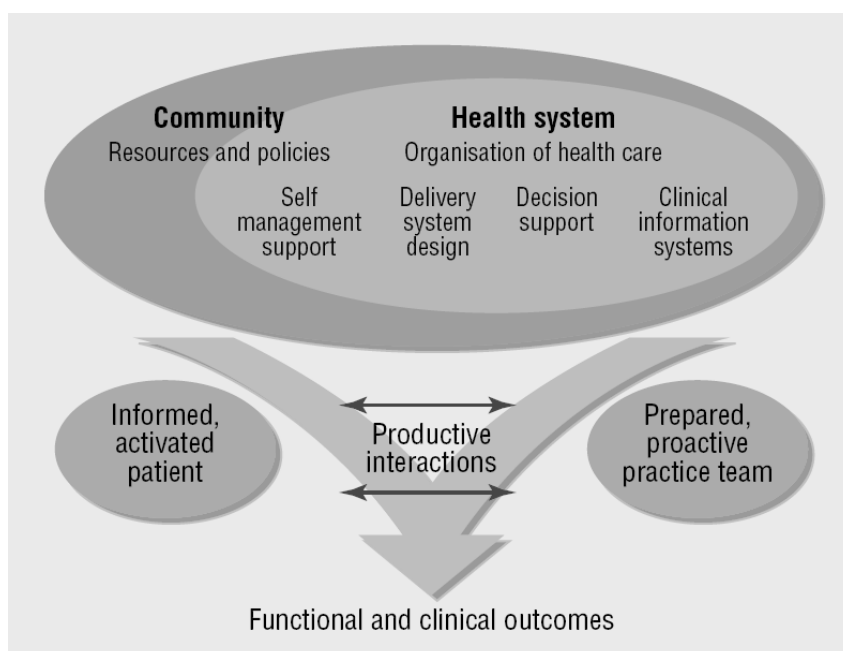


Fig. 10 – The Chronic Care Model

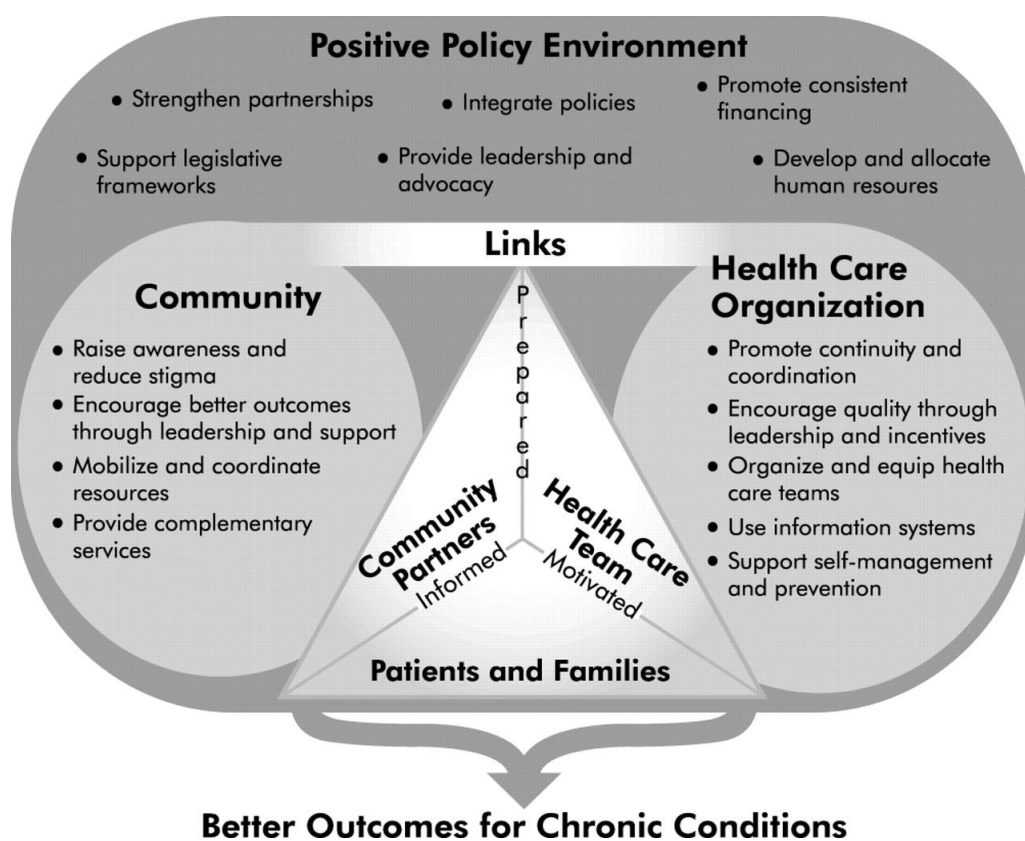


Fig. 11 –The Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) framework

Em Inglaterra, também foi desenvolvido, em 2005, um modelo global que foi apelidado de *Social Care Long Term Conditions Model*, que recuperou a classificação de Donabedian em estruturas, processos e resultados (DoH, 2005a).

Também nos EUA, foi desenvolvido um modelo global pela companhia pela companhia *United Health Group*, chamado o modelo *Evercare*.

Existe uma concordância generalizada na necessidade de uma mudança de paradigma na prestação de cuidados de saúde a estes doentes. Mudança de cuidados centrados em episódios agudos para cuidados a longo prazo, do tratamento agudo para a prevenção, de cuidados fragmentados para a integração de cuidados, de um financiamento por acto para um financiamento por capitação ou, pelo menos, misto.

As propostas que têm surgido nos vários países, têm recomendações comuns de estratégias em que existe evidência de sucesso, como sejam a necessidade de estratificar o risco dos doentes e identificar as suas necessidades, a coordenação ou integração de cuidados, o trabalho em equipas multidisciplinares, o apoio aos auto cuidados, a implementação de programas de gestão da doença crónica, algumas estratégias para a modificação de comportamentos de risco, a diversificação dos contactos com os doentes, a necessidade de bons sistemas de informação e da monitorização dos resultados, para que todos os programas sejam avaliáveis (WHO, 2003; NHS, 2006; McDonald KM, 2007; Nolte E, 2008; Duke SAS, 2009).

4.10.2 Situação internacional

A nível internacional pode detectar-se, também, um défice de resultados. Nos EUA, por exemplo, calcula-se que 32% a 54,6% dos adultos portadores de doenças crónicas não receba cuidados adequados. Essa percentagem era de 54,6% no caso da diabetes, 51,4% dos doentes com dislipidémia, 46,5% dos doentes com asma e 42% dos doentes com DPOC (McGlynn EA, 2003).

No entanto, a resposta aos doentes crónicos tem-se imposto como uma prioridade política em muitos países, particularmente nos países desenvolvidos e organizações.

Alguns dos primeiros exemplos bem sucedidos de profunda reengenharia organizacional, para melhorar a resposta aos doentes crónicos, vieram de organizações americanas, que em termos de dimensão servem quase o mesmo número de doentes que a população portuguesa. Falamos da *Veterans Affairs Health Care System* (VAHCS) e da *Kaiser Permanente* (KP).

A VAHCS iniciou este processo em 1995, e as componentes principais da mudança assentaram num melhor uso de tecnologia de informação (PCE), na avaliação sistemática e

feedback do desempenho, num sistema centrado nos cuidados primários e ambulatorio, integração de serviços (163 hospitais e *nursing homes*, em 22 Redes de Cuidados), realinhamento das políticas de pagamento, financiamento por capitação e descentralização da gestão (Oliver M, 2007).

Na avaliação deste programa em 342.000 doentes, foi demonstrada a diminuição da demora média nos internamentos hospitalares em 26%, uma redução de 50% do número de dias de internamento, a diminuição de 37% no número de admissões na urgência, mas um aumento de 7% no número de consultas. Demonstrou-se ainda uma melhoria na sobrevivência (a um ano) em cinco de nove doenças crónicas (Aston CM, 2003).

A *Kaiser Permanente* focou o seu processo de mudança, também, nas doenças crónicas, com integração de cuidados de acordo com estratificação do risco, numa gestão pró-activa dos doentes crónicos centrada nos clínicos gerais e nos hospitalistas, no apoio aos auto-cuidados e numa aposta nas tecnologias de informação.

A avaliação comparativa entre o desempenho da KP e o NHS, que inclui vários indicadores, era claramente favorável à KP, excepto na despesa *per capita* que foi um pouco superior (1951/1764 dol), demora média (3,9/5,0 dias), menor número de dias de internamento para uma população comparável (270/1000 dias), melhor desempenho em quatro de seis indicadores de qualidade e menor tempo de espera para consulta especializada para 80% dos doentes (2/13 semanas) (Feacheur RGA, 2002).

A Irlanda iniciou, em 2006, o *Transformation Programme 2007-2010*, considerado uma das seis prioridades nacionais na área da saúde, que abrangeu 20.000 doentes e cinco doenças: doença coronária, insuficiência cardíaca, diabetes, DPOC e asma e foi baseado no apoio telefónico de enfermagem (O'Reilly O, 2007).

Na Alemanha existiram incentivos para programas de gestão da doença crónica em ambulatorio, de 2002 a 2008, tendo abrangido cerca de 4,8 milhões de doentes. Inicialmente foi seleccionado um conjunto de doenças (cancro da mama, diabetes, cardiopatia isquémica, asma e DPOC), de acordo com um conjunto de critérios que foram: a sua prevalência, o potencial de melhoria, a existência de protocolos baseados em evidência, os custos elevados, o potencial para auto cuidados e a necessidade de cuidados integrados. Foi feita a contratualização entre fundos de doença e prestadores e, foram acreditados os programas (WHO, 2008c). Estes programas têm demonstrado algumas melhorias (Szecsenyi J, 2008). Em 2009, foi integrada a multimorbilidade como factor de risco e houve um investimento em modelos de cuidados integrados orientados para a população (Knieps, 2007; WHO, 2010b).

O Reino Unido iniciou programas orientados para os doentes crónicos desde o fim dos anos 90 (WHO, 2008c), havendo muita diversidade no tipo de soluções. O *NHS Improvement Plan* (2004) implementou uma solução integrada em nove *trusts* de cuidados primários, que intitulou *Community Matron Policy* e que consistiu na selecção de um grupo alvo dos doentes com mais de 65 anos, que tinham recorrido à urgência duas ou mais vezes no último ano e que eram acompanhados no domicílio por enfermeiras diferenciadas (*Community Matrons*). Este programa, baseado no modelo *Evercare*, representou um enorme investimento mas não reduziu a mortalidade, nem o número de admissões na urgência, nem o número de dias de internamento (Gravelle H, 2007). A explicação do insucesso poderá ser por se ter focado, especialmente, nos aspectos sociais e menos nos cuidados de saúde. Outra experiência implementada em várias regiões foi baseada no modelo da *Kaiser Permanente* que, aparentemente tem demonstrado resultados mais positivos (Ham C, 2006).

Tem havido, também, um forte investimento na elaboração de normas de orientação clínicas e foram desenvolvidas as chamadas *National Service Frameworks* para uma variedade de condições. Em 2004 o NHS estabeleceu um contrato com os GPs, com incentivos pelo cumprimento de metas relacionadas com a qualidade dos cuidados com as doenças crónicas, que teve algum efeito limitado (Smith C, 2008). Também forneceu liderança clínica com a nomeação de “*Tsars*”, para algumas doenças ou populações de doentes.

As vias seguidas pelos países têm sido diversas: alguns, apostaram num único tipo de programa, outros ensaiaram diversos tipos de soluções. De uma forma geral, os países com fortes cuidados primários, como é o caso do Reino Unido, Holanda e da Suécia, implementaram programas liderados por enfermeiros, gestão de casos ou programação de altas. A Alemanha, França, Holanda, Suécia, Dinamarca e Austrália investiram em programas de gestão da doença crónica. A Suécia, França e Alemanha implementaram programas baseados no reforço da coordenação entre prestadores. A Holanda e Reino Unido lançaram, ainda, programas com estratégias mistas (WHO, 2008c). Na generalidade, trata-se quase sempre de respostas parciais.

Está, presentemente em curso, uma iniciativa para monitorizar e comparar os diversos programas a nível europeu, chamada *Developing and Validating Disease Management Evaluation Methods for European Health Care Systems* (DISMEVAL).

4.10.3 Situação nacional

Portugal é dos países mais atrasados na Europa a ensaiar uma visão global e uma resposta integrada a estes doentes. A resposta aos doentes crónicos é, ainda, baseada nos episódios agudos, descontínua, reactiva e apresenta défice nos resultados obtidos. A consequência é que mais do que 70% dos grandes frequentadores das urgências (quatro ou mais admissões anuais) recorrem a estes serviços por descompensação de doenças crónicas (Lynce A, 2005).

Esta situação potencia os problemas de qualidade: 35% dos doentes com dor crónica referem que esta não está controlada (Lopes C, 2008); 33% dos doentes com doenças mentais graves não têm tratamento (Caldas de Almeida J, 2010); apenas 39% dos hipertensos estão medicados e só 11% estão controlados (Espiga de Macedo M, 2007) e, 44% dos doentes com diabetes não está diagnosticada (OND, 2009).

No entanto, existem alguns exemplos de programas pioneiros, centrados em doenças, com implementação continuada de multi-intervenções e resultados demonstrados. Um desses programas é o da diabetes, primeira doença em que se responsabilizou o doente pelos seus cuidados e em que a importância da educação como arma terapêutica é reconhecida, desde o início dos anos 70. Em Portugal, esta, pratica-se de forma sistemática desde os anos 20, altura em que foi fundada, pelo Dr. Ernesto Roma, a primeira associação mundial de diabéticos, a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. A implementação do Programa Nacional de Controle da Diabetes, particularmente a partir do lançamento da *Estratégia de Saúde para o virar do Século*, em 1998, através da melhoria da educação, dos registos, das políticas sociais, da avaliação, da criação de consultas de referência e outras medidas, conseguiu reduzir em mais de 85% os internamentos por complicações da diabetes.

Outro caso de sucesso é o da asma, em que o Programa Nacional de Controle da Asma, lançado em 1999, centrado no desenvolvimento de competências e capacidades nos doentes e família para controlar a doença, diminuiu o internamento por asma, em seis anos, cerca de 30%, e a mortalidade em cerca de 50%.

Em Portugal, a primeira proposta de um modelo integrado, que enquadre a prestação de cuidados aos doentes crónicos, surgiu em 2006 no I Fórum sobre o Doente Crónico (Fig. 12). O nosso país tem boas condições para desenvolver e testar um modelo destes, até porque tem um sistema essencialmente público e centralizado.

O modelo proposto apoia-se num trabalho de equipa, em que os internistas e os médicos de medicina geral e familiar são as pedras basilares, mas integrando outros profissionais como sejam, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, dietistas, psicólogos e outros. A decisão dos cuidados mais adequados para cada doente deverá ser decidida em equipa, de acordo com as necessidades e a complexidade de cada caso, cabendo aos internistas o papel de garantir a continuidade de cuidados dentro do hospital, entre episódios e de fazer a ponte com os médicos de família e, com estes, formar equipas integradas de cuidados, que ultrapassem os limites das paredes das instituições.

De resto, o modelo proposto integra grande parte das componentes que aparecem noutros modelos, enfatizando a importância das condicionantes macro, como sejam o nível político e a comunidade, diferenciando as estruturas, os processos e os resultados, destacando a criação de programas pró-ativos, de equipas, de formas de integração de cuidados, de processos de responsabilização dos doentes e famílias na implementação dos cuidados. As experiências a desenvolver necessitarão naturalmente de novas alternativas de financiamento.

Uma forma de começar era estimular e apoiar experiências piloto que incidissem sobre os grandes frequentadores das urgências.

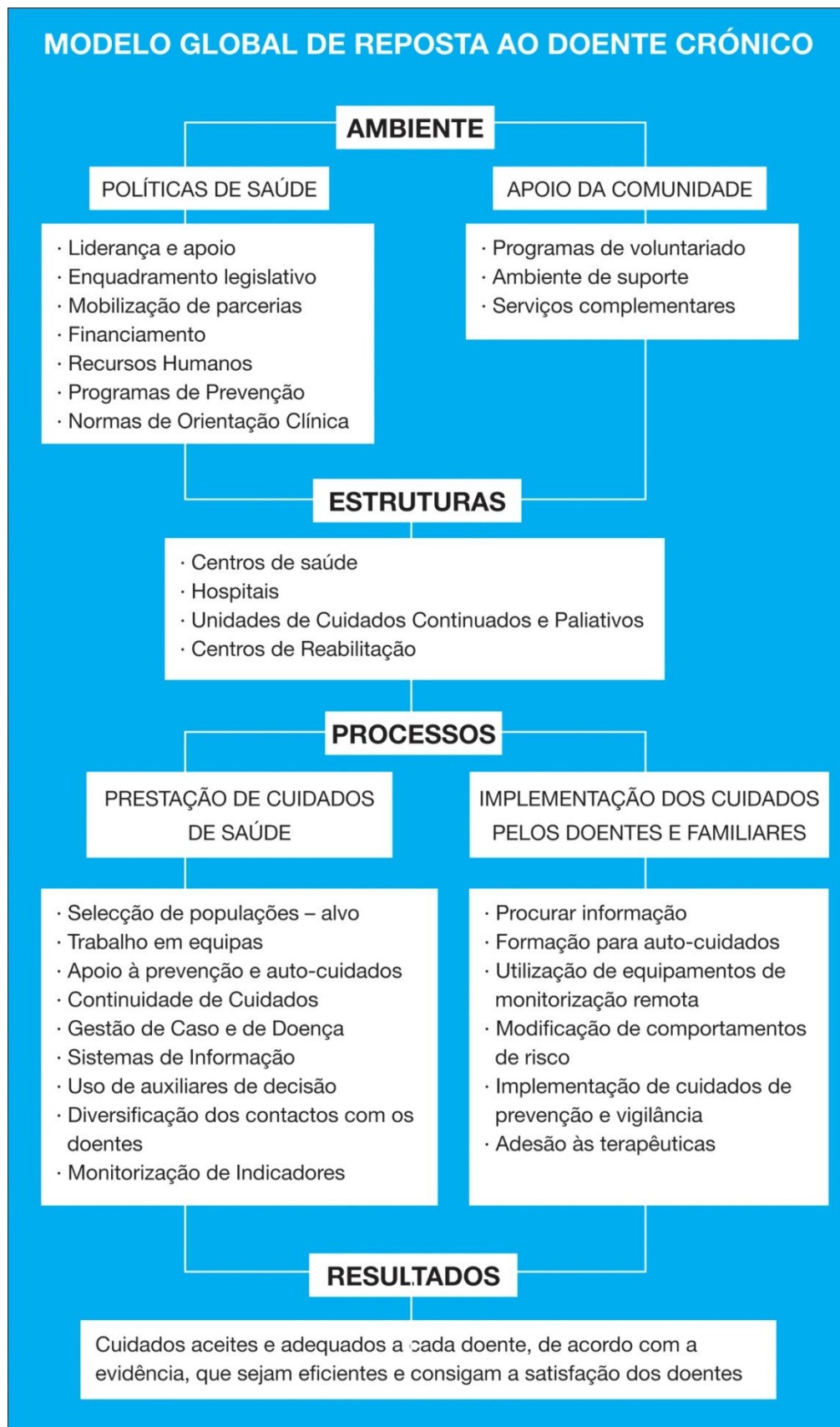


Fig. 12 - Modelo Global de Gestão da Doença Crónica (Campos L, 2006)

Em Portugal, com a criação do Departamento de Qualidade em Saúde na DGS, iniciaram-se algumas experiências piloto de gestão integrada da doença, nomeadamente:

Gestão Integrada da Obesidade de Grau 3

Neste programa integra-se a constituição de centros de tratamento de obesidade e de um centro de elevada diferenciação no hospital de S. João no Porto, o estudo e implementação do “preço compreensivo” e o desenho do sistema de “Informação de Gestão Integrada da Obesidade grau 3”.

Gestão Integrada da Esclerose Múltipla

a. Este programa integra a reorganização da prestação de cuidados aos doentes com esclerose múltipla (EM) com a criação de centros de tratamento, a identificação de fluxogramas de boas práticas e de circulação do doente no sistema e o desenvolvimento de um sistema de informação de apoio à GID-EM.

Gestão Integrada da Diabetes

Neste programa integra-se a criação de centros de tratamento de perfusão contínua de insulina, o desenvolvimento um sistema de informação de apoio à gestão integrada da diabetes (componente bombas de insulina), a construção, em articulação com o coordenador do programa da diabetes, de um conjunto de indicadores de acompanhamento da qualidade da prestação de cuidados ao doente diabético em contexto hospitalar e em centros de saúde ou unidades de saúde familiares e o desenvolvimento do modelo conceptual de Gestão Integrada da Diabetes.

Gestão Integrada da Doença Renal Crónica

Neste programa está incluído a realização de um estudo de satisfação dos doentes em diálise, a monitorização do cumprimento das metas e objectivos definidos pela DGS, em Circular Normativa N.º: 04/DSCS/DGID de 28/02/08, a monitorização do fluxo dos doentes insuficientes renais em estadio 5, a realização de estudo sobre a construção de acessos vasculares, a elaboração de recomendações para a utilização de produtos biofarmacêuticos similares da eritropoietina recombinante e a elaboração de orientações técnicas e de recomendações para controlo da infecção pela nova estirpe de vírus da gripe A (H1N1) na população de doentes IRC em Hemodiálise.

4.10.4 Objectivos

- a. Deve ser definido para Portugal um modelo de resposta global às necessidades multidimensionais dos doentes crónicos que defina os papéis do Estado, dos sectores social e privado da saúde, da comunidade, das parcerias inter-sectoriais, dos profissionais de saúde, dos doentes e familiares, que assegure uma coordenação e uma continuidade efectivas dos cuidados, através de intervenções custo-efectivas baseadas na evidência e que promova uma cultura de avaliação sistemática de resultados.
- b. Os hospitais devem desenvolver programas de gestão do doente crónico, em estreita parceria com os cuidados de saúde primários, comunidade, cuidados continuados e cuidados paliativos. Desejavelmente, deveriam existir em 2016, programas integrados de resposta ao doente crónico em 60% dos hospitais e centros de saúde. Será uma meta que estes programas possam reduzir em 20%, o número de admissões nas urgências por descompensação de doença crónica na população dos grandes utilizadores (quatro ou mais admissões anuais na urgência) e em 10% o número de dias de internamento.
- c. Deve ser promovida uma gestão mais eficiente e proactiva dos cuidados de transição (planos de alta e cuidados pós-alta).
- d. Melhorar a integração dos cuidados através das interfaces entre CSP, hospitais e instituições do sector social. Por exemplo, através da implementação de programas de gestão da doença (gestor da doença e gestor de caso), de equipas multidisciplinares e intersectoriais, da criação de percursos clínicos e de redes de serviços entre os hospitais, cuidados primários e serviços comunitários.

4.10.5 Estratégias

- a. O modelo de resposta global aos doentes crónicos deve incorporar elementos já existentes de programas em curso, mas considerando um esforço no sentido de um sistema de prestação de cuidados mais integrado, com os cuidados de saúde primários e os cuidados sociais, privados e comunitários. Este modelo deverá também incluir uma melhor integração dos recursos comunitários com os serviços de saúde. Deverá considerar diferentes níveis de cuidados para a prevenção e gestão das doenças crónicas baseando as intervenções numa estratificação sistemática de risco individual, doente a doente e ajustar os cuidados às respectivas necessidades. Neste sentido poderão ser considerados três níveis de cuidados:

Nível 1 Apenas gestão médica, por exemplo, para doentes com uma única doença crónica e alguns factores de risco, que apresentem um quadro clínico não complicado do ponto de vista médico, psicológico e socio-familiar. Perfil electivo para acompanhamento predominante nos cuidados de saúde primários.

Nível 2 Gestão médica associada a cuidados multidisciplinares, aplicáveis a doentes com múltiplas doenças crónicas e/ou doença crónica grave com vários factores de risco, que se apresentem com quadros clínicos complexos e requeiram o envolvimento prolongado de especialistas para cuidados multidisciplinares. Doentes com perfil para acompanhamento em parceria entre MGF e especialistas de medicina interna.

Nível 3 Gestão médica, cuidados multidisciplinares, gestão de caso e serviços sociais. Este nível de cuidados seria reservado para os doentes que, satisfazendo os critérios de inclusão do nível 2, têm necessidades de cuidados médicos e sociais requerendo acompanhamento de nível mais intensivo e gestão de caso, para além do que a MGF pode prestar (intervenção que exige a criação de uma nova profissão).

O pacote de serviços fornecidos aos doentes em cada nível de cuidados reflecte, assim, os serviços necessários para assegurar a provisão de cuidados de alta qualidade para a (s) doença (s) crónica (s), baseados na evidência.

- b. Os programas de gestão do doente crónico devem fundamentar-se numa abordagem multidisciplinar sistemática, com integração de múltiplas patologias, com o objectivo de assegurar a prestação de cuidados de saúde, que:
- Inclua todos os membros de uma população com uma (ou mais) doença crónica;
 - Suportem a relação médico-doente e o plano de cuidados;
 - Enfatizem a prevenção das exacerbações agudas: optimizando os cuidados do doente através de protocolos/intervenções proactivas de prevenção e de tratamento baseadas no consenso dos profissionais, na demonstração das melhores práticas clínicas baseadas na evidência e no suporte estruturado à autogestão (ou educação terapêutica) do doente;
 - Avaliem, continuamente, o estado de saúde dos doentes inscritos nos programas e executem a medição de resultados com o objectivo de melhorar a saúde global, aumentar a qualidade de vida e reduzir os custos dos cuidados;

- Integrem outros profissionais, constituindo-se em equipas multidisciplinares de cuidados crónicos, baseadas na colaboração, não dispensando uma liderança médica, que, no contexto hospitalar deve ser assumida pela medicina interna;
- c. Os programas de gestão do doente crónico (PGD) devem estar suportados por uma infraestrutura, que contemple as seguintes componentes operacionais:
 - Mecanismos de identificação de populações, com potencial para a estratificação de risco de forma a ajustar a intensidade das intervenções às necessidades dos doentes;
 - *Guidelines* práticas baseadas na evidência, incorporadas no sistema de informação clínica e disponíveis nos locais de prestação de cuidados, como suportem à decisão dos prestadores;
 - Modelos de prática colaborante que incluam o médico e prestadores de serviços de apoio, cabendo neste âmbito as parcerias entre médicos de MGF, especialistas hospitalares e outros profissionais de saúde;
 - Educação do doente para a autogestão (pode incluir a prevenção primária, programas de modificação comportamental e vigilância/adesão);
 - Gestão, avaliação e medição de indicadores de processo e de resultados;
 - Potencial dos sistemas de informação clínica para produção de relatórios de rotina com informação de retorno (podem incluir comunicação com o doente, médico, programa de saúde, serviços comunitários e perfis de prática/desempenho dos prestadores).
- d. Estruturar a coordenação de responsabilidades – criação de uma nova profissão de saúde – gestor do doente com um forte papel integrador entre os diferentes sectores de prestação de cuidados.

O gestor do doente é o coordenador, por excelência, do puzzle de intervenções no *continuum*, de que o doente crónico necessita na sua interacção com os diferentes serviços, sectores e profissionais de saúde. O seu papel prioritário é o de assegurar uma correcta navegação e interacção do doente com os serviços de saúde e de se certificar que nenhum procedimento ou tratamento está em falta. O gestor do doente, também, poderá ter uma intervenção electiva nos casos minoritários de maior complexidade e acuidade clínica ou social que exigem maior intensidade de vigilância e acompanhamento, podendo intervir directamente no domicílio do doente.

- e. Reforço de uma dinâmica integrada entre os serviços hospitalares – reorganização das consultas externas, orientadas para um modelo de consulta integrada das doenças crónicas, de forma a dar uma resposta integrada aos doentes com comorbilidades, explorando a regra “*all in one*”, evitando deslocações sucessivas do doente ao hospital para ser atendido em consultas agendadas para diferentes dias da semana ou meses. Inovar no sentido de implementar consultas colectivas, de apoio comportamental e de educação terapêutica para as doenças crónicas com potencial para os auto-cuidados, como a diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade, insuficiência cardíaca, asma e depressão.
- f. Os doentes crónicos idosos e/ou com comorbilidades internados por agudização das suas doenças crónicas representam uma população, clinicamente vulnerável, com elevado risco de reinternamento, particularmente em consequência de uma deficiente gestão dos cuidados de transição, após a alta hospitalar para o domicílio ou para outros contextos. Os hospitais devem utilizar instrumentos de identificação de critérios de alto risco de reinternamento dos doentes internados, durante o processamento da alta e desenvolver planos de cuidados pós-alta coordenados pelo gestor de caso, que prevejam assistência domiciliária, se necessário, de forma a prevenir reinternamentos (Nível 3 de cuidados). Os hospitais devem assumir a longitudinalidade dos cuidados em relação aos doentes complexos e com comorbilidades.
- g. O financiamento dos hospitais deve ser redefinido no sentido de sustentar a implementação dos programas de resposta aos doentes crónicos, incentivar a reorganização das práticas médicas que se orientem na perspectiva de uma melhoria efectiva da coordenação do continuum (CSP-CSC-CP-CS-domicílio), que utilize intervenções baseadas na evidência e desincentive as admissões urgentes como forma de financiamento dos hospitais.
- h. Reconhecer a importância das intervenções de educação terapêutica através da criação de mecanismos de pagamento directo aos profissionais de saúde envolvidos nestes procedimentos.
- i. Criação de comissões de coordenação/acompanhamento dos progressos das iniciativas empreendidas e de comissões de auditoria para avaliação de resultados.

4.11 Promover a participação e o *empowerment* dos doentes

4.11.1 Introdução

A participação dos cidadãos (doentes ou não) nos processos de tomada de decisão tem-se tornado um conceito chave e de relevância crescente nos últimos anos.

A importância de se discutirem formas de participação dos utentes nos serviços públicos de saúde deve-se a uma evidência, que se vem tornando bastante difundida: o avanço substantivo na qualidade dos serviços e das acções em saúde, sejam elas preventivas, de promoção da saúde ou de redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde, só é possível com a participação efectiva das populações.

Empowerment tem sido definido como o alargamento dos activos e das capacidades das pessoas, de modo a poderem participar, negociar, influenciar, controlar e responsabilizar as instituições que afectam as suas vidas (World Bank, 2002).

Nas instituições de saúde, a participação do utente passa, basicamente, pelos seguintes elementos: maior democratização da informação; reconhecimento dos utentes, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado com a saúde e não somente como objecto de práticas e prescrições; consciencialização dos utentes quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa dos próprios interesses.

Na óptica dos utentes dos serviços de saúde, *empowerment* significa os doentes, seus cuidadores e familiares passarem a ter uma voz na organização, a adoptarem uma postura mais activa no tratamento, discutindo e fazendo perguntas ao médico, buscando informação credível e de qualidade, assumindo também a responsabilidade pela sua própria saúde, além de serem informados e, eles próprios tomarem decisões durante o período de tratamento. Faz, igualmente, referência ao reconhecimento e respeito pelos direitos dos doentes.

As intervenções de *empowerment*, muitas vezes consistindo em grupos de apoio/ suporte, educativos, formação dos cuidadores, *patient decisions-making*, têm sido extensamente seguidos com sucesso nos cuidados com a diabetes, DPOC, DRCT, cancro e doenças psiquiátricas, entre outras (Howorka K, 2000; Lorig KR, 2001; Lorig KR, 2003; Cooper HC, 2003; Mayer-Davis EJ, 2004), (Endicott L, 2003; Tsay SL, 2004), (Davison BJ, 1997; Mishra SI, 1998; Golant M, 2003; Groessl E, 2006) (Rosenfield S, 1992; Lecomte T, 1999; Frame K, 2003; Malm U, 2004).

A evidência mostra que bons *outcomes* em saúde com as estratégias de *empowerment* acontecem por várias vias: directamente, pela melhoria da capacidade de tomar decisões, pelo

melhor manejo das complicações da doença e pelo melhor comportamento em relação à própria saúde; indirectamente pela força dada pelos grupos de apoio, pelo *empowerment* dos cuidadores, pelo aumento da satisfação na relação cuidador/ doente e através do melhor acesso e do uso mais eficiente e racional dos serviços de saúde, com evidente diminuição da sua utilização, melhoria da auto-aprendizagem e melhoria do estado mental (Roberts KJ, 1999; Taub J, 2001; Lorig KR, 2003; Endicott L, 2003; WHO, 2006b; Melnyk BM, 2004; Tsay SL, 2004).

O *empowerment* é uma estratégia complexa que cabe dentro de um complexo jogo, que pode depender tanto da política e da liderança, como das pessoas envolvidas e do contexto global. O sentido de uma estratégia de *empowerment* é pôr em causa o papel do utente, enquanto tal, e transformá-lo num co-decisor e num co-responsável pelas decisões e pelos serviços que as instituições proporcionam à comunidade (Cornwall A, 2001). O Banco Mundial, depois de sublinhar, como fazem todos os autores que conhecemos, que não existe um modelo único de *empowerment*, identifica quatro elementos que considera que estão sempre presentes nas estratégias de *empowerment* bem sucedidas (World Bank, 2002): acesso à informação, inclusão e participação, responsabilização (*accountability*) e capacidade de organização local.

Em suma, o *empowerment* do doente e do cuidador tem mostrado melhoria na gestão da doença, na utilização de serviços de saúde, na melhoria da saúde e da qualidade de vida.

4.11.2. Situação internacional

A nível europeu o estudo *The empowerment of the european patient 2009* (Health Consumer Powerhouse, 2009), descreve que as escolhas dentro dos sistemas de saúde europeus estão ainda muito longe daquilo que os cidadãos e utentes esperam. Poucos europeus possuem, na prática, uma combinação de direitos legalmente reconhecidos e o acesso ao conhecimento que lhes permita tomar decisões e fazer escolhas.

A qualidade da informação é um aspecto central do *empowerment*: *websites* e *emails* são inundados diariamente com informação acerca de doenças e terapêuticas.

Os cidadãos da nova sociedade, baseada no conhecimento não vão aceitar, não ser informados acerca de:

- Que médicos e terapêuticas respondem às minhas necessidades?
- Onde e como estão disponíveis?
- Quais os melhores centros onde se efectua o tratamento?

- Quais os riscos da terapêutica e quais as opções terapêuticas?

Alguns países, como a Hungria e o Reino Unido, publicam os dados de desempenho dos seus hospitais como estratégia para permitir a escolha. Tornar os utentes e, o público em geral, conhecedores e conscientes das variações existentes entre tempos de espera e *outcomes*, pode ser um começo para uma maior consciencialização e a emergência de consumidores mais exigentes.

No Reino Unido onde, desde 2003, utentes/consumidores têm tido acesso a informação acerca do NHS, provou-se que este conhecimento não se repercute necessariamente em boas e efectivas escolhas com os utentes muitas vezes, a preferirem manter o *status quo*.

O acesso aos serviços em tempo considerado razoável (ou achado razoável pelos sistemas de saúde) está longe de estar garantido. Alguns governos, com problemas de listas de espera, tentam agora publicar estas listas com toda a transparência e aumentar a competitividade dos fornecedores de serviços, no sentido de melhorar os tempos de espera.

Existe, apesar de tudo um conjunto de legislação e documentos a nível europeu que dizem respeito aos direitos dos doentes no seu global ou a alguns em particular (Melo H, 2008).

4.11.3. Situação nacional

A questão do *empowerment* dos doentes não tem sido uma prioridade em Portugal, como é reconhecido no *Euro Patient Empowerment Index 2009* (Health Consumer Powerhouse, 2009), em que Portugal aparece em 29º lugar entre 31 países e, no entanto, Portugal chegou a ser pioneiro a nível mundial na prática da educação dos doentes com diabetes.

As estratégias de *empowerment* dos doentes na gestão integrada das doenças crónicas têm sido muito incipientes, da mesma forma se pode classificar o acesso à informação sobre o desempenho qualitativo dos serviços de saúde, a liberdade de escolha no seio do SNS é também muito limitada e a participação dos cidadãos nas tomadas de decisão, a todos os níveis do sistema, é também praticamente inexistente. Persistimos, mesmo, numa fase de transição entre uma relação médico-doente de tipo paternalista e uma relação de respeito pela autonomia dos doentes. No relatório europeu já citado, Portugal está no vermelho, no que concerne a sete dos nove critérios referentes ao respeito pelos direitos dos doentes.

O acesso a informação sobre fármacos proporcionada pelo Infarmed pode considerar-se boa, mas já não existe nenhuma forma de *Health Technology Assessment*.

4.11.4. Objectivos

- a. Promover o *empowerment* dos doentes e cuidadores enquanto prioridade para melhorar os resultados de saúde nas doenças crónicas;
- b. Aumentar a capacidade de gestão da sua saúde, incluindo a prevenção e a detecção precoce das doenças;
- c. Aumentar o grau de participação nas decisões aos vários níveis do sistema de saúde;
- d. Alargar a liberdade de escolha informada, dentro do SNS.

4.11.5. Estratégias

- a. Fazer com que todas as instituições prestadoras de cuidados assumam um compromisso público de adoptar uma estratégia de *empowerment*. Devem fazê-lo em termos claros e que promovam a adesão da comunidade;
- b. Todas as instituições prestadoras de cuidados devem, permanentemente, recolher as opiniões dos cidadãos, através de inquéritos, grupos focais, análise de reclamações e outras formas. Da mesma forma, devem monitorizar a utilização da informação disponibilizada aos doentes. Devem, além disso, promover contactos regulares com a comunidade onde está inserido e associações de doentes, para além dos órgãos de gestão onde ela esteja representada;
- c. Toda a informação relevante sobre o desempenho das instituições prestadoras de cuidados, informação de carácter normativo, mecanismos de gestão e responsabilidades devem estar acessíveis ao público, de preferência por via informática, e a produção e difusão desta informação deve incluir na sua concepção elementos do público a que se destinam. Só a informação reservada por razões de privacidade, segurança, sigilo médico, segredo comercial ou outra razão prevista na lei deve ser protegida. O hospital deve recorrer a apresentações públicas, conferências, debates, discussões de grupo, visitas organizadas, etc., sempre que estas ferramentas pareçam mais adequadas para o fim em vista. A abordagem de um dado grupo étnico, por exemplo, pode ser feita mais facilmente numa reunião que através de uma distribuição de folhetos. Os balcões do utente, as recepções, os balcões de informação continuam a ter um papel fundamental na informação do doente/utente;
- d. Os doentes devem ser informados de forma adequada sobre a sua patologia, exames, tratamentos, etc., numa linguagem acessível. Se o seu médico não o puder fazer, as

- instituições devem disponibilizar quem o faça e facultar aos doentes os necessários materiais e informação;
- e. Deve existir em cada instituição prestadora de cuidados um provedor do doente que deve possuir os meios (acesso e autoridade) e os recursos (humanos e técnicos) necessários para levar a cabo a sua actividade com um mínimo de garantias de sucesso;
 - f. A Carta dos Deveres e Direitos dos Doentes deve constituir um guia para a acção prática e uma *check list* relativamente à qual as instituições devem aferir em permanência a sua actividade;
 - g. Devem ser facilitados, em particular, os procedimentos a seguir por um doente/utente em caso de reclamação. Por um lado, esse tipo de atitude aumenta a confiança do utente nesse momento e no futuro; por outro lado, essa informação é preciosa, pois o hospital tem absoluta necessidade de conhecer atempadamente tudo o que de errado se passa no seu interior;
 - h. As instituições prestadoras de cuidados devem promover, através dos meios de que disponham, a organização de associações de utentes, “associações de amigos”, “ligas de amigos”, associações de voluntários, assim como a criação de redes entre elas;
 - i. As instituições prestadoras de cuidados devem assumir como sua responsabilidade um papel central na educação para a saúde não só dos seus doentes mas da comunidade que serve. As tecnologias de informação e comunicação (TIC) são auxiliares preciosos também no domínio da relação com a comunidade e a sua utilização nesse domínio deve ser explorada;
 - j. Integrar as estratégias de *empowerment* nos programas de gestão do doente crónico;
 - k. Identificar populações em risco e, com base em experiências bem sucedidas, construir programas, procurar parcerias e apoios e trabalhar com eles, desenvolvendo estratégias de promoção de conhecimento, autonomia, sentido de pertença e coesão social e psicológica;
 - l. Investir em projectos de pesquisa que testem que a hipótese do valor acrescentado da participação em estratégias de *empowerment* promove a saúde. É importante para os decisores políticos compreender que as mudanças nos resultados de capacitação, como a emancipação psicológica, a responsabilidade institucional ou a implementação de políticas comunitárias, pode ser evidência suficiente de um bem sucedido programa mesmo que as mudanças nos resultados de saúde ainda não tenham ocorrido, especialmente a nível regional ou nacional;

- m. Promover o aperfeiçoamento de instrumentos de medição de capacitação: indicadores baseados na cultura local, linguagem e contexto, além de métodos qualitativos para avaliar os factores facilitadores e barreiras à mudança;
- n. Promover a formação de profissionais prestadores de serviços, decisores políticos e líderes da comunidade sobre: estratégias de *empowerment* da comunidade, pesquisa participativa e avaliação, incluindo a decisão de parcerias, as práticas, os princípios éticos, o poder, a dinâmica e inter-habilidades organizacionais e, apoio à participação da comunidade.
- o. A contribuição ou participação dos doentes deve ser incluída nas normas de orientação clínicas, percursos clínicos ou outras ferramentas de desenho da qualidade.

4.12. Assegurar as melhores condições para a mobilidade dos doentes

4.12.1. Introdução

A globalização e a mobilidade dos cidadãos são, hoje, uma das características mais identificativas do mundo moderno: em 2010 calcula-se que cerca de dois biliões de pessoas viajem em voos internacionais (WHO, 2010c); em 2006 existiam 29 milhões de emigrantes nos países da União Europeia, ou seja, cerca de 5,8% da população total (Eurostat, 2010).

As companhias *low-cost*, o turismo sénior, o turismo de saúde, o reconhecimento internacional de qualificações, a busca de novas oportunidades, são alguns dos factores que vão acentuar esta mobilidade.

As questões associadas à prestação de cuidados de saúde numa perspectiva internacional constituem, actualmente, uma das problemáticas em matéria de protecção da saúde que se encontra na maioria das agendas dos Estados europeus, pelos desafios que impõe e crescente impacto que tem vindo a registar nos respectivos sistemas de saúde.

Portugal, em particular, deve prestar atenção a esta área por múltiplos factores:

- Enquanto destino turístico ou de trabalho, recebe muitos estrangeiros em trânsito susceptíveis de necessitarem de cuidados de saúde não programados;
- Cada vez mais, é um local escolhido por muitos estrangeiros europeus para destino de permanência fixa pós reforma;

- Graças a acordos bilaterais, recebe muitos doentes dos PALOP que aqui obtêm tratamento temporário, ou aqui ficam em permanência pela impossibilidade de continuarem tratamentos crónicos nos seus países, como é o caso da hemodiálise;
- Tem um número crescente de cidadãos que se deslocam em trabalho ou em turismo para destinos internacionais;
- Tem um número crescente de cidadãos, particularmente jovens, que emigram para outros países em busca de novas oportunidades;
- Existem já muitos estrangeiros, também alguns dos PALOP, que procuram na área privada, cuidados de saúde programados, fora dos acordos bilaterais. Começam também a existir alguns casos de sucesso mais abrangentes como é o dos cuidados dentários;
- Existem alguns exemplos de ultrapassagem sistemática de tempos clinicamente aceitáveis para a realização de determinados procedimentos, como é o caso da cirurgia bariátrica, em ortopedia ou cirurgia oftalmológica, onde a reivindicação de tratamento atempado no estrangeiro é crescente;
- A longa fronteira com Espanha associada à dificuldade na obtenção de cuidados de saúde especializados em algumas zonas interiores do país, tem levado a uma crescente procura de cuidados transfronteiriços de portugueses, em Espanha. Em alguns casos, como o dos partos em Badajoz das grávidas da região de Elvas, essa deslocação é desejável e teve resultados positivos.

Esta diversidade de situações é bem demonstrativa da complexidade do problema e da necessária diversidade das soluções.

Em particular, no que respeita ao direito reconhecido aos cidadãos europeus a serem tratados fora das suas fronteiras, na prática, este está severamente restringido e os doentes embatem em inúmeros obstáculos: burocráticos, barreira de língua ou conhecimento dos vários sistemas de saúde. Alguns apontam o direito de atravessar as fronteiras nesta área como um exemplo do fosso entre os direitos formais e os direitos efectivos. Portugal tem tido uma posição restritiva em relação a este direito, pelo receio do impacte económico que esta directiva possa ter.

No entanto, mesmo com o voto contra de Portugal, os ministros da saúde da União Europeia (UE) chegaram a acordo, no dia 08 06 2010, sobre a nova proposta de directiva que vai permitir a mobilidade dos doentes no espaço dos Vinte e Sete, ou seja que qualquer cidadão da UE se possa tratar noutro país comunitário, sendo mais tarde reembolsado pelo país de residência

do doente, mas se um cidadão decidir regressar ao seu país natal para se tratar, será este último a pagar. O texto necessita ainda do aval do Parlamento Europeu. No final de 2009, Portugal foi um dos sete países que bloquearam esta proposta de lei comunitária. A presidência espanhola da UE impôs um compromisso que lhe permitirá não reembolsar de forma sistemática os cuidados de saúde no estrangeiro prestados em unidades de saúde privadas não convencionadas com o Estado (Council of the European Union, 2010).

Portugal manteve, mesmo assim, a posição de reserva em relação à inclusão dos prestadores privados sem convenções com o SNS e questionou ainda o facto de o regime de autorização prévia se aplicar apenas a alguns cuidados hospitalares e a tratamentos altamente especializados

Na outra vertente do problema está a saúde dos migrantes e refugiados, grupo particularmente vulnerável pelo stress psicológico e social (resultante de uma cultura desconhecida, da ilegalidade, das alterações de ambiente, desconhecimento de línguas estrangeiras, desconfiança e falta de informação, saúde mental), pelos riscos corridos no país de origem, pela pobreza e trabalho em condições de risco, maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde e informação sobre serviços de saúde, promoção da saúde e serviços preventivos, pelos riscos adicionais do país de acolhimento e pelas deficientes condições de alojamento.

Os migrantes em situação irregular, incluindo as suas famílias e as crianças em particular, têm mais problemas de saúde do que os migrantes legais, o que pode estar relacionado com os riscos de saúde que correm ao tentar entrar no país, com condições económicas e sociais mais desfavoráveis e acesso inadequado a serviços.

A gestão da mobilidade de doentes pressupõe como visão estratégica global, a melhoria dos mecanismos de coordenação técnica e de gestão dos processos da prestação de cuidados de saúde a portugueses no estrangeiro e de estrangeiros em Portugal e que esta constitua um instrumento de apoio à definição de políticas públicas nacionais em matéria de saúde.

4.12.2. Situação internacional

Em 1992, o Tratado de Maastricht estabeleceu o Mercado Único, consignando a liberdade de circulação de pessoas, bens, serviços e capitais entre os países da União Europeia.

Em 1998, o acórdão *Kohll/Decker* do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias, decide o direito dos cidadãos de qualquer Estado-Membro da União Europeia obter cuidados

noutro Estado-Membro, e a ser reembolsado segundo as tabelas nacionais do Estado em que estão inscritos.

Em 2003, este mesmo tribunal, pelo acórdão *Muller-Fauré e Van Riet* estabelece que os Estados-Membros não podem exigir autorização prévia para cuidados não hospitalares prestados noutro Estado-Membro.

Em 2004, a Comissão da União Europeia apresenta uma proposta de directiva para estabelecer regras relativas ao financiamento dos cuidados de saúde (Directiva *Bolkestein*). No ano seguinte entrou em vigor o Cartão Europeu de Seguro de Doença.

Em 2006, o Mercado Interno foi decidido pelo Conselho Europeu, com exclusão dos serviços de saúde. No mesmo ano, foi definido no Reino Unido, o direito a tratamento no estrangeiro aos utentes do NHS, quando estes não tiverem possibilidade de prestar tratamentos no tempo clinicamente aceitável.

Em 2009, entrou para apreciação pelos Estados-Membros uma proposta de directiva sobre os direitos dos doentes relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Esta progressão na mobilidade dos doentes da União Europeia permite um maior desenvolvimento de serviços de saúde na área do turismo de saúde e uma internacionalização do mercado de saúde transfronteiriço. Na realidade, já existe um número significativo de doentes a realizar artroplastias, reprodução assistida, cirurgia cardíaca, dentária e cosmética, só para citar alguns dos tratamentos mais procurados, em países estrangeiros. Só nos EUA, estima-se que, em 2010, procurem cuidados de saúde no estrangeiro cerca de seis milhões de doentes. Este mercado representa cerca de nove biliões de dólares e poderá valer em 2017 cerca de 50 biliões, mas mesmo assim, pode fazer poupar aos doentes americanos entre 28% a 88% das despesas com os mesmos procedimentos nos EUA (Deloitte, 2008). No Reino Unido, em 2008, 52.000 cidadãos procuraram cuidados de saúde no estrangeiro (NHS, 2008).

Naturalmente que há muitas questões ao nível da segurança, legais e éticas que têm que ser equacionadas, mas isso não impede que vários países apostem no desenvolvimento estratégico desta área de actividade como estratégia de crescimento (WHO, 2006b).

4.12.3. Situação nacional

Acesso a cuidados no estrangeiro de cidadãos portugueses

Em 1992, o Decreto-Lei nº 177/92 de 13.08 regulou a assistência no estrangeiro.

O tratamento não programado num país da União Europeia está assegurado pelo Cartão Europeu de Seguro de Doença. Existem outros países, como no Brasil, onde também está assegurado através de acordos internacionais. O tratamento programado na EU, da iniciativa do doente, pode ser obtido através do Formulário E112 (Reg. CEE 1408/71) e em qualquer país do mundo pode ser obtido por proposta dum hospital do SNS, que tem que ser autorizado por comissão da DGS, segundo o D.L. 177/92 (Tabela 9).

Assistência Médica no Estrangeiro - Movimento Assistencial - 2006-2008			
Áreas da especialidade com + frequência	2006	2007	2008
	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações
Totais	369/481	370/428	588/770
Transplante	39/58	39/60	62/123
Oncologia	70/132	75/98	119/197
Genética Médica	187/188	177/179	301/315
Outras	73/103	79/92	106/135
Transplante	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações
Totais	39/58	39/60	62/123
Hepático		Hepático	Hepático
Pulmonar		Pulmonar	Pulmonar
Intestino		Intestino	Intestino
Outros		Outros	Outros
Oncologia	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações
Totais	70/132	75/98	119/197
Oftalmologia		Oftalmologia	Oftalmologia
Otorrino		Otorrino	Oncologia Médica
Neurocirurgia		Oncologia Médica	Hematologia Clínica
Oncologia Médica		Outros	Otorrino
Outros			Outros
Outras	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações	Nºdoentes/Nº Deslocações
Totais	73/103	79/92	106/135
Neurologia		Pediatria	Neurocirurgia
Gin/Obst		Ortopedia	Angiologia e Cir Vascular
Oftalmologia		Neurologia/Imagiologia	Gin/Obst
Angiologia e Cir Vascular		Oftalmologia	Oftalmologia

Tabela 9 – Assistência médica programada no estrangeiro, entre 2006 e 2008 (Departamento da Qualidade /DGS, dados não publicados).

Os custos com tratamento hospitalar ou não hospitalar, não autorizado, são reembolsados de acordo com o Reg. 1408/71 ou D.L. 177/92, se forem autorizados serão suportados pelo SNS.

Acesso a cuidados em Portugal de cidadãos estrangeiros

A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos os cidadãos - mesmo estrangeiros - têm direito à prestação de cuidados globais de saúde e, por essa razão, todos os meios de saúde existentes devem ser disponibilizados na exacta medida das necessidades de cada um e independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais. De uma forma mais específica, esse direito está regulado no Despacho do Ministério da Saúde nº25 360/2001.

Desde 2001 que é garantido aos cidadãos estrangeiros o direito de acesso aos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), independentemente da sua nacionalidade, nível económico ou estatuto legal.

Os imigrantes indocumentados têm acesso a um cartão temporário de utente, que podem obter apresentando um certificado de residência passado pela Junta de Freguesia, atestando a sua morada.

As pessoas com estatuto de asilado e os refugiados têm direito a receber assistência médica e, quando recebem uma autorização de residência, adquirem direitos idênticos aos cidadãos portugueses.

Em Portugal, a par de uma nova Lei da Nacionalidade e de uma nova Lei de Imigração, cuja filosofia veio simplificar o regime legal que define as condições e procedimentos de entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território português, o Governo, aprovou, no decurso de 2007, o Plano para a Integração dos Imigrantes, que define um roteiro de compromissos concretos que afirma o Estado como o principal aliado da integração dos imigrantes.

O Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) vem dar resposta à necessidade de existência de um plano global, integrado e abrangente, que sistematizasse os objectivos e compromissos do Estado no acolhimento e integração dos imigrantes que procuram Portugal como país de destino.

A Saúde tem uma especial relevância no âmbito da execução deste Plano, na promoção da saúde e acesso, em igualdade de tratamento, dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde.

Em 2009, estavam registados nos Registo Nacional de Utentes do Serviço Nacional de Saúde 705.467 utentes de nacionalidade estrangeira (Tabela 10).

REGISTO NACIONAL DE UTENTES	
Mapa resumo "Dados RNU Utentes por Nacionalidade"	
Nacionalidade	Total Utentes
Brasil	162.186
Ucrânia	56.685
Cabo Verde	55.072
Angola	54.232
Guiné-Bissau	27.130
Moldova (República de)	20.120
São Tomé e Príncipe	12.137
Moçambique	10.710
China	10.472
Afganistão	9.496
Índia	8.343
Rússia (Federação da)	7.840
Estados Unidos	5.394
Paquistão	4.358
Guiné	4.035
Canadá	3.424
Senegal	3.071
Marrocos	2.963
África do Sul	2.170
Bangladesh	1.940
Timor Leste	709
Total	462.487

Tabela 10 - Utentes estrangeiros por nacionalidade, inscritos no Registo Nacional de Utentes do Serviço Nacional de Saúde.

As mulheres estrangeiras têm direito a cuidados de saúde apropriados, beneficiando dos mesmos cuidados que as cidadãs nacionais, em igualdade de circunstâncias, quando em situação regular ou irregular.

Os Programas Nacionais de Saúde em execução, abrangem o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde neles programadas, em igualdade de tratamento que os cidadãos nacionais.

Com efeito, a título de exemplo, no âmbito da saúde oral, a mulher grávida estrangeira, independentemente do seu estatuto legal, tem direito ao cheque - dentista, medida consagrada no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, aprovado recentemente.

As crianças e jovens, filhos de cidadãos estrangeiros, encontram-se, igualmente, abrangidas pelas medidas em matéria de promoção saúde e prevenção da doença, desenvolvidas no contexto da saúde escolar.

De facto, as mulheres estrangeiras, independentemente, do seu estatuto legal, têm direito a cuidados de saúde apropriados no domínio da interrupção voluntária da gravidez (Tabela 11).

IVG POR OPÇÃO DA MULHER POR NACIONALIDADE DA UTENTE		
Nacionalidade	N.º	%
Portuguesa	1 4768	84,34
Outra	2 740	15,65
Desconhecida	3	0,02
Total:	17 511	100

Tabela 11 - DGS, 2008

Conforme se pode concluir da leitura do quadro acima indicado, o número de interrupções voluntária da gravidez, de mulheres com nacionalidade estrangeira, cifrou-se em 2.740. Este número correspondeu a 15,65% do número total nacional (17.511) de interrupções voluntárias da gravidez registadas no período compreendido entre Janeiro a Dezembro de 2008.

Por outro lado, foi disponibilizada informação, através de um folheto, em versão chinesa e russa, quer no domínio da interrupção da gravidez por opção da mulher, quer na perspectiva do apoio social à Maternidade e Paternidade.

Ainda no contexto da saúde materna, saúde infantil e planeamento familiar, o quadro abaixo indicado regista a evolução positiva do número de nados vivos de mães estrangeiras registados em Portugal.

NASCIMENTOS VIVOS POR RESIDÊNCIA DAS MÃES					
REGIÕES E SUB-REGIÕES DE SAÚDE	2004	2005	2006	2007	2008
Total (1)	109356	109457	105449	102567	104675
Portugal (2)	-	-	-	102492	104594
Continente, Açores e Madeira	109294	109396	105445	102490	104592
Continente	103309	103420	99713	96925	99057
Região Norte	33682	33158	31875	30419	30882
Braga	9312	9134	8793	8116	8264
Bragança	1002	989	933	918	886
Porto	19350	19233	18553	17832	18279
Viana do Castelo	2184	2165	1967	2067	1964
Vila Real	1834	1637	1629	1486	1489
Região Centro	22117	21853	20904	19809	20094
Aveiro	7049	7037	6670	6339	6616
Castelo Branco	1585	1523	1482	1438	1384
Coimbra	3854	3829	3721	3523	3592
Guarda	1274	1243	1156	1029	1086
Leiria	4748	4748	4608	4346	4333
Viseu	3607	3473	3267	3134	3083
Região Lisboa e Vale do Tejo	38801	39609	38573	38377	39586
Lisboa	25065	25791	24930	24950	25973
Santarém	4385	4280	4132	4023	4050
Setúbal	9351	9538	9511	9404	9563
Região Alentejo	3937	3850	3538	3428	3553
Beja	1399	1389	1225	1270	1245
Évora	1559	1462	1462	1356	1412
Portalegre	979	999	851	802	896
Região Algarve	4772	4950	4823	4892	4942
Faro	4772	4950	4823	4892	4942
Região Autónoma dos Açores	3007	3019	2740	2847	2836
Região Autónoma da Madeira	2978	2957	2992	2718	2699
Outras residências	4	3	4	2	2
Estrangeiro	58	58	-	75	81

Tabela 12 - Número de nados vivos de mães estrangeiras registados em Portugal, entre 2004 e 2008.

Podemos concluir que a percentagem estrangeira de nados vivos aumentou entre 2004 a 2008, correspondendo a uma percentagem de aumento de 71,6%.

Acresce que, no domínio da execução do Programa Nacional de Vacinação, no qual está incluída a vacinação gratuita da população imigrante que reside em Portugal, registou-se uma cobertura nacional de 92,7.

Muito embora, o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde – Saúde 24 –, tenha sido criado para prestação um serviço de atendimento, aconselhamento e orientação apenas para os utentes do Serviço Nacional de Saúde, a Direcção-Geral da Saúde incorporou, em 2008, um módulo que permite que qualquer cidadão estrangeiro, independentemente do seu estatuto, tenha acesso à informação em saúde disponibilizada pelo referido Centro de Atendimento, nas mesmas condições que um utente do SNS.

No âmbito da intervenção comunitária em Saúde Pública, as unidades móveis de saúde de apoio à população imigrante, realizadas quer sob a directa responsabilidade dos organismos do Ministério da Saúde, quer das ONGs que trabalham no terreno.

Com o objectivo de capacitar os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) sobre a interculturalidade e acesso dos imigrantes, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), em colaboração com o ACIDI IP, implementou um plano de formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS. Foram realizadas três acções de formação que englobaram os Agrupamentos dos Centros de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, que envolveram aproximadamente 60 formandos

Relativamente à medida 24 - acesso à saúde de cidadãos estrangeiros em situação irregular – foi emitida pela Direcção-Geral de Saúde uma circular informativa, com efeitos a partir de 7 de Maio de 2010, que define e clarifica os procedimentos de acesso dos imigrantes ao SNS. Esta circular, para além de clarificar os procedimentos no domínio do acesso aos cuidados de saúde pelos cidadãos estrangeiros, clarificou as situações de acesso aos cuidados nas situações de agrupamento familiar e as questões relacionadas com o pagamento de taxas moderadoras.

De forma a facilitar o acesso dos imigrantes a esta importante informação, a Direcção-Geral, em articulação com o ACIDI, procederam à tradução do teor da circular para a língua mãe da população imigrante mais representativa em Portugal. Espera-se, no decurso do ano 2010, proceder-se, igualmente, à sua divulgação junto de Consulados e Embaixadas, a qual contará com a colaboração do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Com a opção pela circular informativa, foi necessário proceder-se, igualmente, a uma adaptação da campanha prevista na medida 22, tanto em termos de formato, como de canais de distribuição. Assim, muito embora não tenha um carácter formal de campanha (com folhetos e

cartazes específicos) – razões de contenção financeira impediram a elaboração dos folhetos – foi feita uma ampla divulgação desta circular informativa por todos os serviços competentes, bem como por todas as associações que, directa ou indirectamente, trabalham com imigrantes.

Encontra-se em fase de operacionalização o “Programa Profissional de Médicos Imigrantes”, que visa facilitar o processo de integração profissional de cerca de 150 médicos imigrantes (Portaria n.º 925/2008, de 18 de Agosto, publicada no DR, 1.ª Série, n.º 58).

Relativamente à Medida 28, e como já se fez referência anteriormente, o ACIDI IP encontra-se a implementar o Projecto de Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos, no âmbito do qual foram colocados 14 profissionais de mediação no Hospital Fernando da Fonseca (2), Agrupamento dos Centros de Saúde Cacém Queluz (4) e Agrupamentos dos Centros de Saúde da Amadora (8).

A preocupação com o acesso dos imigrantes e minorias étnicas à saúde encontra-se também patente na medida 29, que prevê o desenvolvimento de parcerias entre ONG, o SNS e outras entidades para esse efeito.

De referir que o Ministério da Saúde, bem como os organismos que o integram, contemplam, na sua intervenção, um vasto conjunto de parcerias que frequentemente não assumem o carácter de parceria formal.

Ao nível da Direcção-Geral da Saúde (DGS) refiram-se, a título de exemplo, as parcerias com as embaixadas ao nível dos acordos de cooperação na Saúde, ou com a rede de associações de doentes, no âmbito da participação da sociedade civil. Refira-se o caso concreto do Programa de Apoio do Doentes Estrangeiro (PADE), cuja implementação beneficia de uma parceria entre ACIDI IP, ISS IP e DGS.

Ainda no âmbito da medida 29, e no que diz respeito à área específica da intervenção comunitária em Saúde Pública, devem referir-se as unidades móveis de saúde de apoio à população imigrante, quer sob a directa responsabilidade dos organismos do Ministério da Saúde, quer das ONGs que trabalham no terreno.

É importante sublinhar que, a avaliação do nível de execução de algumas das metas da saúde se reveste de particular dificuldade, devido à ausência de informação estatística, em parte devido à impossibilidade da sua recolha pelos sistemas informáticos existentes nos serviços de saúde (SINUS nos Centros de Saúde e SONHO nos Hospitais).

Relativamente ao apoio que o Serviço Nacional de Saúde tem prestado no plano da cooperação no domínio da saúde com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, salienta-

se que, em 2009, foram tratados na rede de cuidados de saúde hospitalares do SNS, 1.241 doentes provenientes dos PALOP, num total de 5.432 doentes, entre 2004-2009. Caracterizam-se nas tabelas 8, 9 e 10 o movimento destes doentes entre 2004 e 2008, onde se pode concluir que apesar de quase de metade dos doentes ser originário da Guiné, tendo em 2008 representado mesmo 57,94%, o contingente de doentes mais oneroso para o SNS é o de Cabo Verde (66,86% em 2008), por enviar doentes mais complexos, referenciados em segunda ou terceira linha.

Total de pedidos de evacuação de doentes – 2004 - 2008

Total de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP - 2004-2008											
Ano	ANGOLA		CABO VERDE		GUINÉ		MOÇAMBIQUE		S.TOMÉ e PRÍNCIPE		Total
	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	nº de doentes	%	
2004	2	0,3%	232	34,02%	157	23,02%	23	3,37%	268	39,30%	682
2005	0	0,00%	280	37,69%	245	32,97%	22	2,96%	196	26,38%	743
2006	26	2,61%	292	29,26%	488	48,90%	14	1,40%	178	17,84%	998
2007	28	2,81%	278	27,94%	507	50,95%	10	1,01%	172	17,29%	995
2008	0	0%	300	24,17%	719	57,94%	12	0,97%	210	16,92%	1241
Total	56	1,20%	1382	29,66%	2116	45,42%	81	1,74%	1024	21,98%	4659

Tabela 13 – Total de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP, entre 2004 e 2008 (Departamento da Qualidade /DGS, dados não publicados).

Número de pedidos por especialidade mais procurada – 2004 - 2008

Número de pedidos por especialidade mais procurada - 2004-2008							
Especialidade	2004	2005	2006	2007	2008	Total	%
Cardiologia	66	121	82	94	104	467	10%
Cardiologia Pediátrica	37	52	79	75	78	321	7%
Cirurgia Cardiorádica	3	3	19	6	4	35	1%
Cirurgia Geral	10	17	35	54	79	195	4%
Cirurgia Maxilo Facial	10	8	15	13	20	66	1%
Cirurgia Pediátrica	6	4	28	23	21	82	2%
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	6	24	16	12	29	87	2%
Cirurgia Vascular	5	1	7	2	3	18	0%
Gastroenterologia	3	13	9	15	22	62	1%
Ginecologia	8	26	53	40	79	206	4%
Hematologia	4	19	6	4	17	50	1%
Nefrologia	7	29	26	28	40	130	3%
Neurocirurgia	9	39	56	51	84	239	5%
Neurologia	28	28	26	26	32	140	3%
Oftalmologia	22	58	49	76	109	314	7%
Ortopedia	38	72	98	110	144	462	10%
Otorrinolaringologia	27	0	52	38	41	158	3%
Pediatria	35	28	52	30	52	197	4%
Urologia	28	47	95	61	157	388	8%
Outras	330	154	195	236	126	1041	22%
Total	682	743	998	995	1241	4659	100%

Tabela 14 – N° de pedidos de evacuação de doentes dos PALOP entre 2004 e 2008, por especialidade (Departamento da Qualidade /DGS, dados não publicados).

Custos com a prestação de cuidados de saúde – 2008



Doentes Evacuados dos PALOP - Custos Totais - 2008		
País	Total	%
Angola		0,00%
Cabo Verde	1.859.292,07 €	66,86%
Guiné Bissau	558.899,87 €	20,10%
Moçambique	24.196,17 €	0,87%
São Tomé e Príncipe	338.636,52 €	12,18%

Tabela 15 – Custos dos doentes evacuados dos PALOP em 2008 (Departamento da Qualidade /DGS, dados não publicados). Estes são ainda dados incompletos porque alguns hospitais não apuraram ainda as despesas relativas a estes doentes.

O Departamento da Qualidade da DGS herdou, desde 2009, todas as questões relacionadas com a mobilidade dos doentes, desde o envio dos doentes nacionais para tratamento no estrangeiro, os doentes nacionais que têm cuidados não programados no estrangeiro, os doentes estrangeiros que usufruem de cuidados de saúde, programados ou não, no nosso país e

ainda todas as questões relacionadas com a possibilidade de uma directiva comunitária que atribui a cada cidadão europeu a possibilidade de recorrer a cuidados de saúde em qualquer país da Europa a expensas do seu próprio país.

Infelizmente, não é possível caracterizar de forma completa a dimensão, os custos e os resultados deste tipo de fluxos. Além disso, existem constrangimentos para os doentes, nomeadamente limitações na informação divulgada sobre cuidados transfronteiriços, que também é extensiva aos profissionais, e excessiva burocracia nos procedimentos no âmbito da assistência médica no estrangeiro. Para os profissionais, também não está definido um único ponto de contacto os iniciar.

O Departamento de Qualidade da DGS está, presentemente, empenhado na criação de Sistema de Apoio à Gestão da Mobilidade dos doentes, que nos parece correctamente enquadrado e orientado. São objectivos explícitos deste departamento:

Criar um Sistema de Apoio à Gestão da Mobilidade de Doentes

Este sistema pretende implementar um sistema de monitorização e avaliação contínua da mobilidade de doentes, nas suas diversas dimensões, com enfoque nos processos de assistência médica a doentes portugueses no estrangeiro e de estrangeiros em Portugal.

Na perspectiva do cidadão e prestadores de saúde:

- Divulgar informação aos doentes sobre os direitos relacionados com os cuidados de saúde transfronteiriços e as garantias de qualidade e segurança, a protecção dos dados pessoais, os procedimentos de reclamação e reparação disponíveis para os cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro, e os termos e condições aplicáveis;
- Disponibilizar informação estruturada sobre o acesso ao SNS da parte dos cidadãos estrangeiros e da população migrante que reside em Portugal;
- Disponibilizar informação para os utentes do SNS em matéria de acesso a cuidados de saúde na União Europeia, Espaço Económico Europeu, privilegiando o tratamento e disponibilização de informação para alvos populacionais específicos (estudantes ao abrigo do programa Erasmus, pensionistas, trabalhadores em regime de destacamento, etc.);
- Disponibilizar informação e prestar um serviço a utentes do SNS, portadores de doença crónica (diabetes, insuficiência renal crónica, etc.) que, tendo necessidade de se deslocarem no espaço da União Europeia, precisam de orientação e de informação

relativa aos centros de referência disponíveis no Estado-membro onde pretende deslocar-se, a fim de lhe ser assegurado a continuação de tratamento;

- Disponibilizar informação de saúde pública, rede de prestadores de cuidados de saúde nacional e europeia dirigida ao cidadão em geral;
- Disponibilizar informação aos prestadores de saúde sobre os direitos de se estabelecer e propor serviços em qualquer Estado-Membro;
- Disponibilizar informação para o público (cidadão e prestadores) em matéria de acesso a cuidados de saúde e de saúde pública no âmbito dos cuidados transfronteiriços (experiências, centros de referência, resultados, etc.);
- Divulgar boas práticas.

Na perspectiva da gestão do sistema de saúde:

Prestar serviços on-line aos utentes do Serviço Nacional de Saúde em matéria de acesso a cuidados de saúde no estrangeiro e a cidadãos estrangeiros em matéria de acesso a cuidados de saúde no SNS, de que são exemplo:

- Disponibilizar, de forma sistemática, fiável e rápida, toda a informação necessária a uma melhor tomada de decisão no domínio da mobilidade de doentes e das políticas de saúde com ela relacionadas, de que é exemplo: informação sobre natureza de cuidados prestados; informação sobre fluxos de mobilidade (volumes, tipo...); informação sobre proveniência e destino de doentes; informação sobre custos versus efectividade dos cuidados; informação sobre Centros de Referência; informação sobre protocolos;
- Acompanhar os pedidos de assistência técnica *end to end* (diferentes fases do processo, com enfoque nos resultados);
- Implementar um sistema de monitorização e avaliação contínua do processo de assistência médica a doentes portugueses estrangeiro e de estrangeiros em Portugal.

Coordenar e acompanhar a implementação do II Plano para a Integração dos Imigrantes

O acolhimento e integração de imigrantes têm sido alvo de um esforço concertado, por parte do Estado Português, conforme o comprova o primeiro Plano para a Integração dos Imigrantes, criado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio, com vigência no período de 2007-2009.

O objectivo é monitorizar a implementação das medidas no domínio do acesso ao sistema de saúde dos imigrantes que serão fixadas no II Plano para a Integração dos Imigrantes.

Avaliar qualitativamente o processo de assistência médica no estrangeiro

- Criar um painel de indicadores da qualidade nacionais, que permitam avaliar os resultados decorrentes da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços a doentes portugueses;
- Identificar necessidades nacionais não satisfeitas em matéria de assistência médica no estrangeiro, através da realização de estudo retrospectivo que disponibilize informação para o planeamento estratégico em saúde, com vista a favorecer a criação de condições para o desenvolvimento de políticas que capacite o sistema de saúde;
- Normalizar procedimentos e monitorizar a aplicação da legislação europeia em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

Avaliar o impacto dos cuidados de saúde transfronteiriços no sistema de saúde português

Esta avaliação far-se-á através dum estudo prospectivo sobre o impacte dos cidadãos europeus que procuraram o sistema de saúde português.

Prestar assessoria e acompanhar a acção e as iniciativas legislativas da União Europeia no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços

Proposta de Directiva relativa à aplicação dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

Melhorar os mecanismos de evacuação de doentes nos termos dos Acordos de Cooperação Internacional no Domínio da Saúde entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Africana, em matéria de evacuação de doentes

Esta melhoria deverá fazer-se através duma melhor triagem dos processos clínicos, que devem ter prioridade para tratamento em Portugal, e dos processos clínicos que podem ser objecto de intervenção pelas equipas da especialidade portuguesa, que se deslocarão ao PALOP.

4.12.4. Objectivos

- a. O processo de mobilidade de doentes deve ser gerido de forma integrada nas suas várias dimensões;
- b. As condições de acesso e o tipo de cuidados de saúde que são prestados devem ser monitorizados assim como a qualidade dos cuidados de saúde prestados,
- c. Os resultados obtidos devem ser avaliados, assim como o seu custo/efectividade e o impacte no sistema de saúde português;
- d. A mobilidade de doentes deve constituir mais uma oportunidade de garantir cuidados de alta qualidade acessível a todos cidadãos de um modo mais eficiente, que contribua para a segurança dos doentes, que promova equidade e proporcione a avaliação nos resultados dos cuidados de saúde;
- e. Portugal deverá investir na criação dum *hub* na área do turismo de saúde, transformando uma ameaça numa oportunidade, beneficiando da qualidade dos seus profissionais, da capacidade instalada no sector público e privado da saúde, da atractividade do país enquanto destino turístico e da capacidade turística instalada.

4.12.5. Estratégias

Deve ser divulgada informação compreensiva aos cidadãos e profissionais sobre os seus direitos no que respeita à possibilidade de tratamentos no estrangeiro, os procedimentos necessários e as alternativas mais aconselhadas;

- a. A gestão destes processos deve ser centralizada e desburocratizada;
- b. O Registo de Saúde Electrónico deve ser encarado como instrumento fundamental para acrescentar segurança na prestação de cuidados de saúde transfronteiriços;
- c. Deve ser desmaterializado, electronicamente, o conjunto de processos de acesso a cuidados de saúde no estrangeiro e aos cuidados de saúde em Portugal de cidadãos estrangeiros.

4.13 Promover a acreditação das unidades de saúde

4.13.1. Introdução

A acreditação é um processo pelo qual uma entidade prestadora de bens e serviços, externa à organização, avalia essa organização contra um conjunto de requisitos predeterminados ou atributos desejáveis e publicamente atesta os resultados (Pawlson G, 2008).

O termo certificação refere-se ao mesmo, mas usa-se mais para a determinação de competências individuais, produtos e serviços, e é realizada por sociedades profissionais ou pela indústria.

O licenciamento tem a ver com o cumprimento de leis, normas ou regulamentos de carácter obrigatório e diz respeito à higiene, segurança, radiação, controle de infecção e outras.

A avaliação por pares é uma inspecção local baseada em standards, conduzida por médicos com o objectivo de avaliar a qualidade do desempenho dos seus pares, com o fim de melhorar a qualidade dos cuidados (EsPeRT, 1998), uma forma de as organizações profissionais se auto-regularem e melhorarem a qualidade clínica. Um exemplo é a atribuição da idoneidade formativa aos serviços pela Ordem dos Médicos.

Estes processos são processos são geralmente voluntários e implicam a avaliação, por parte de um corpo independente, da capacidade e grau de realização que uma entidade possui para alcançar normas e critérios previamente estabelecidos.

De alguma forma, a acreditação pode ser considerada uma actividade de monitorização, na medida em que comprova com regularidade o cumprimento de requisitos ou padrões numa determinada organização (Saturno P, 2008).

Geralmente, as organizações procuram a acreditação para aumentar a confiança do público, ter uma avaliação objectiva do desempenho da organização e para estimular a melhoria de qualidade (Spath P, 2009).

O referencial do processo acreditação traduz-se num conjunto de critérios que servem como quadro orientador para o desenvolvimento de um sistema de gestão da qualidade que integra a totalidade das componentes essenciais (clientes; liderança; recursos; instalações; equipamentos; processos/práticas; resultados).

A acreditação, no entanto, enquanto inspecção externa, pode colidir com a filosofia da melhoria contínua de qualidade que se baseia em iniciativas internas. A pressão para publicar os resultados do processo de avaliação pode inibir o envolvimento dos profissionais. Quando os programas de acreditação são tutelados pelos governos, perdem a independência que seria desejável. Quando os doentes não têm liberdade de escolha pode tornar-se problemático se existe alguma instituição que não seja acreditada. Finalmente, não existe evidência suficiente que associe

a acreditação a melhores resultados para o doente em termos de qualidade assistencial (Saturno P, 2008).

No entanto, com a crescente mobilidade dos doentes no seio da Europa é provável que os programas de acreditação conheçam um forte estímulo. Por outro lado, um estudo sobre o impacto do processo de acreditação pelo *King's Fund*, nos primeiros hospitais portugueses envolvidos, destacou como áreas de melhoria a transparência da gestão, a responsabilização, a comunicação, o planeamento, o trabalho em equipa, a inovação e a cultura de qualidade centrada no cliente.

4.13.2. Situação internacional

A acreditação teve origem nos Estados Unidos, em 1917, com o *American College of Surgeons*, mas conheceu um forte incremento com a criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, em 1951, que passou a acreditar todas as organizações que recebem financiamento do governo federal, particularmente a *Medicaid* e a *Medicare*, e que em 1987, evoluiu para *Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHCO), correspondendo à ampliação do portfolio de tipos de organizações para as quais foram criadas normas. A *Joint Commission International* foi criada para fornecer um programa modificado de acreditação para outros países.

Para além do modelo da *Joint Commission*, existe o modelo ISO (*International Organization for Standardization*) baseado na norma ISO 9001:2000, que é uma federação de mais de 90 organismos nacionais de normalização. As normas ISO 9000 referem-se, quase exclusivamente, a aspectos estruturais e formais do sistema de gestão da qualidade, não contemplando a qualidade dos serviços.

O outro modelo mais disseminado é o da EFQM (*European Federation of Quality Management*), uma fundação criada em 1988 por 14 presidentes de companhias internacionais, que Saturno considera mais um modelo de diagnóstico organizacional (Saturno P, 2008). A EFQM está presente em alguns países europeus como a Hungria, Bélgica, Itália e Espanha.

Todos estes modelos têm uma penetração variável em muitos países europeus. A *Joint Commission* tem presença em dez países europeus com particular incidência em Espanha, Irlanda, Itália e Turquia (Joint Commission International, 2010). Para além destes, existem modelos nacionais de acreditação como os do Canadá e da Austrália e em vários países europeus. A Catalunha estabeleceu um programa de acreditação hospitalar em 1981. A tendência na Europa é

a de diminuição destes modelos transversais, à medida que os governos investem em modelos nacionais (WHO, 2008a).

A *International Society for Quality Assurance (ISQA)* criou o programa *ALPHA (Agenda for Leadership in Programmes in Healthcare Accreditation)*, com o objectivo de harmonizar e acreditar os múltiplos programas existentes.

4.13.3. Situação nacional

Portugal iniciou o seu processo de acreditação pelos hospitais em 1999, com o modelo do *King's Fund*, através de um acordo com o Instituto da Qualidade em Saúde, que pretendia partir deste modelo para um modelo nacional de acreditação. O Hospital Fernando da Fonseca (HFF) foi o primeiro a ser acreditado, em 2001. Em 2003, Portugal era o segundo país europeu com a taxa mais alta de novos avaliadores formados (Shaw C, 2006). Este modelo evoluiu para o *Health Quality International Programme* que incorporava elementos da EFQM e da ISO 9001:2000. Em 2004, foi já com estas normas que o HFF foi re-acreditado. Entretanto, o HQS foi adquirido pela CHKS em 2005 e foi sob esta sigla que o HFF foi re-acreditado em 2009, mas neste mesmo ano, o CHKS foi comprado pela Capita. O CHKS ainda se mantém a trabalhar com 28 hospitais portugueses.

A *Joint Commission* nunca teve grande expressão em Portugal, tendo apenas dois hospitais acreditados, e a EFQM não teve nenhum. Existem alguns serviços em hospitais públicos e privados acreditados pela ISO 9001:2000.

Entretanto, o Departamento de Qualidade da DGS adoptou o modelo de acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria Andaluçia (ACSA)*, que vai desenvolver para unidades de saúde, formação contínua, websites e competências profissionais. Iniciou a sua actividade piloto nas unidades de saúde familiares (USF), tendo já sido acreditada a USF de Valongo.

Existe, no entanto, um défice importante em Portugal que tem a ver com a falta de verificação de condições de unidades onde se praticam procedimentos com elevada morbilidade ou mortalidade, como sejam unidades de cardiologia de intervenção, unidades de doentes coronários, unidades de cuidados intensivos e unidades de AVC, entre outras.

4.13.4. Objectivos

- a. Fomentar a acreditação das unidades de saúde, mantendo o seu carácter voluntário e permitindo a escolha das instituições do seu modelo de acreditação;

- b. Acreditar serviços onde se realizem procedimentos com risco de morbilidade e mortalidade;
- c. Acreditar redes de cuidados;

4.13.5 Estratégias

- a. Desenvolver um modelo português de acreditação de iniciativa do Ministério, mas com elevado grau de independência;
- b. Desenvolver *standards* para alguns tipos de unidades e promover a sua acreditação com o envolvimento das ordens profissionais.

4.14 Assegurar a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema

4.14.1. Introdução

Conforme se disse, a monitorização da qualidade consiste na identificação de aspectos relevantes dos serviços que se oferecem e na medição sistemática e planificada de indicadores sobre a sua qualidade com o objectivo de identificar oportunidades de melhoria ou problemas de qualidade. Esta é pois uma actividade fundamental da gestão da qualidade (Saturno P, 2008).

Metodologicamente, implica a selecção de indicadores e o estabelecimento de um plano de monitorização com a periodicidade das medições e o método com que se vão realizar. Esta actividade permite saber o nível de qualidade de um serviço que prestamos para a compararmos com outros centros ou com padrões pré estabelecidos, identificar áreas problemáticas que têm que ser corrigidas ou, pelo contrário, de excelência, que possam ser disseminadas como exemplo de boas práticas ou, ainda, documentar o resultado de mudanças introduzidas.

A escolha dos indicadores é determinante (Saturno P, 2008; Kelley E, 2006).

- Devem ser válidos (identificam problemas de qualidade e incidem sobre os resultados ou áreas com impacte sobre os resultados), fiáveis (são interpretados da mesma maneira por avaliadores diferentes, úteis para a melhoria de qualidade (são adequados para o nível de responsabilidade de quem avalia os resultados) e fáceis de implementar;

- Devem, além disso, ser bem definidos, identificando-se a dimensão da qualidade que medem, o fundamento, a população a que se aplica, as fontes de dados, entre outros;
- Devem ser seleccionados indicadores para os quatro níveis de responsabilidade pela governação, identificados na fig. 6, e para as várias áreas de cuidados identificadas na fig. 7;
- Devem estar associados a áreas relevantes, seja por terem impacte na saúde, no risco, nas despesas ou terem importância política e, além disso, o sistema de saúde deve poder actuar de forma significativa sobre ele.

4.14.2. Situação internacional

A utilização de sistemas de indicadores é ainda relativamente escassa na Europa. Existem alguns sistemas de origem e utilização a nível nacional como é o caso da Dinamarca, Itália, França, Alemanha, Reino Unido e Eslovénia (WHO, 2008d). Em França está agregado ao modelo de acreditação. Na Alemanha o sistema de indicadores abrange 30 diagnósticos e procedimentos e permite *benchmarking* entre os 2200 hospitais alemães. No Reino Unido a monitorização envolve os 396 *trusts* do NHS e abrange 24 *core standards* e 86 indicadores de desempenho relativos a compromissos existentes e prioridades nacionais. Esta monitorização anual é publicada anualmente e transformada em *ranking*, pelo novo “super” regulador independente do sector de saúde: a *Care Quality Commission* (Care Quality Commission, 2010).

O *International Quality Indicator Project* (www.internationalqip.com) nasceu em 1985 na *Maryland Hospital Association* (EUA) e disseminou-se internacionalmente a partir de 1991, sendo utilizado actualmente por cerca de 400 organizações de saúde em 18 países, incluindo Portugal. Em 2010, o Estado Português decidiu suspender o contrato com este projecto.

O *Iasist* (www.iasist.com) é outro sistema de indicadores o que abrange cerca de 180 hospitais e centros de saúde de Portugal e Espanha, mas que está confinado a estes dois países. No entanto, com a aquisição da companhia pela *United Business Company* e a sua integração na CMP Médica que opera em 26 países, vai dar outra dimensão a este sistema.

A nível europeu existe um programa, o *Health Care Quality Indicators Project* iniciado pela OCDE, cujo objectivo é a harmonização dos vários sistemas de indicadores nacionais e internacionais (Kelley E, 2006).

4.14.3. Situação nacional

Em Portugal nunca existiu nenhum sistema de indicadores nacional que monitorize as várias áreas e níveis do sistema de saúde. No fim dos anos 90, com a criação das agências de contratualização foram definidos sistemas de indicadores, a nível das Administrações Regionais de Saúde, para acompanhamento dos hospitais, mas esse esforço enfraqueceu a partir de 2000 (Escoval A, 2009). Quando foram convertidos 31 hospitais em S.A., chegou mesmo a existir um *ranking* destes hospitais. Com o retomar da contratualização, a partir de 2006, alguns indicadores de qualidade definidos pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) foram incluídos no processo de contratualização com os hospitais.

O *International Quality Indicator Project* entrou em Portugal, nos hospitais, em 2003, e um acordo com o IQS permitiu que chegasse a ser utilizado por 26 hospitais, mas na actualidade esse número reduziu-se para dez. O acordo, que terminou em Dezembro de 2009, não foi revalidado.

A criação de um sistema de indicadores está, actualmente, na estratégia nacional da qualidade e, o Departamento das Qualidade da DGS, já iniciou este projecto.

A nível dos centros de saúde, conheceu ampla divulgação um programa de autodiagnóstico quantitativo e qualitativo com avaliações cruzadas, apelidado de *MoniQuor*. Em 2007, essa ferramenta foi adaptado às unidades de saúde familiares (USF).

4.14.4. Objectivos

- a. Promover a monitorização da qualidade a todos os níveis do sistema de saúde e em todas as áreas de cuidados como instrumento fundamental para a detecção da variabilidade, de problemas de qualidade e identificação de boas práticas;
- b. Criar um sistema nacional de indicadores que monitorize a qualidade clínica e organizacional a todos os níveis do sistema de saúde e em todas as áreas de cuidados;

4.14.5 Estratégias

- a. A monitorização deve ser feita por uma estrutura independente que elabore relatórios periódicos e possibilite o *benchmarking*. Os resultados desta monitorização devem ser públicos. Esta responsabilidade deve estar claramente definida e concentrada num único organismo;
- b. A monitorização da qualidade não deve ser feita apenas de sistemas de indicadores, mas deve ser proactiva através das queixas, reclamações, processos judiciais, casos sentinela, prescrições, estatísticas, publicações, opinião dos utentes e profissionais,

media, etc., através dum verdadeiro observatório independente da qualidade dos cuidados de saúde a nível público e privado;

- c. A monitorização de indicadores deve fazer parte do processo de contratualização, mas também a garantia de acções correctoras nos casos de detecção de problemas de qualidade. Não vale a pena medir se não for para mudar.

5 Bibliografia

Aaron HJ. Waste, we know you are out there. *N Engl J Med* 2008; 359:1865-1867.

ACSS. Registo de Saúde Electrónico. Documento sobre o estado da arte. Lisboa: ACSS, 2009.
www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/registo+electronico.htm

ACSS. *Metodologia para a fixação de preços e definição de objectivos. Contrato-programa 2010-2012 Unidades Locais de Saúde*. Lisboa: ACSS, 2010

Aletras V, Jones A, Sheldon TA. *Economies of scale and scope*. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, eds. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare, 1997:23-36.

American Association of Medical Colleges. The complexities of physician supply and demand: Projections through 2025.
<http://www.aamc.org/workforce/annualmeeting08/salsberg20081.pdf> - 1093.9KB

AHRQ Publication No. 00-PO58. *Reducing Errors in Health Care: Translating Research into Practice*. Agency for Healthcare Research and Quality, April 2000. www.ahrq.gov/qual/errors.htm

AHQ. Evidence Reports. *Costs and Benefits of Health Information Technology*. Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.
www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hserta&part=A210093

Aronovitch SA et al. A comparative study of an alternating air mattress for the prevention of pressure ulcers in surgical patients. *Ostomy and Wound Management* 1999; 45:42-44.

Ashton CM, Soucek J, Petersen NJ et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004;170:1678-1686.

Atun R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, 2004).
<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>

Ayanian JZ, Landrum MB, Guadagnoli E et al. Specialty of Ambulatory Care Physicians and Mortality among Elderly Patients after Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2002;347:1678-1686

Bates DW, Cullen DJ, Laird N et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *Journal of the American Medical Association* 1995; 274:29-34.

Bates DW, Leape LL, Cullen DJ et al. The impact of computerized physician order entry on medication error prevention. *Journal of the American Medical Association* 1998; 279:302-306.

Bates DW, Gawande AA. Improving safety with information technology. *New England Journal of Medicine* 2003; 348:2526-2534.

Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing*, 2004; 33:230-235.

Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ* 2006;332(7538):419-422

Bliss MR. Preventing pressure sores in elderly patients: a comparison of seven mattress overlays. *Age and Ageing* 1996;24:297-302.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002; 288(15):1909-14.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine* 1991;324:370-376.

Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos* 2005;8:335-41.

Bright RA, Brown SL. *Medical device epidemiology*. In: Medical device epidemiology and surveillance. Brown SL, Bright RA, Tavis DR, eds. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

CABE. *The value of good design*. London: Commission for architecture and the built environment. Bartlett School of Planning/UCL, 2002

Caldas de Almeida J. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa, 2010.

Campos L, Coelho J. A Hospitalização da Morte em Portugal entre 1958 e 2000. *Livro de Resumos do 7º Congresso Nacional de Medicina Interna* 2001; 238.

Campos L, Borges M, Portugal R, editores. *Governança dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009.

Care Quality Commission: *NHS Performance Ratings* 2008/2009.

www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/.../nhsstaff/.../09.cfm

Carneiro AV. As normas de orientação clínica (guidelines) e a prática da Cardiologia Baseada na Evidência Científica. Parte I. *Rev Port Cardiol* 2001;20:449-455.

Carneiro AV. Elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica (guidelines) em Portugal – o papel de um centro universitário. In: A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil. ANS, AMB, CFM, OPAS editores. Ministério da Saúde do Brasil, 2009.

Carthey J, de Leval MR, Reason JT. Institutional resilience in healthcare systems. *Quality Health Care* 2001;10:29-32.

Chandra VS. Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal* 2004;9:87-90.

Center for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *About chronic disease: definition, overall burden, and cost-effectiveness of prevention*, 1999. www.cdc.gov/nccdphp/about.htm.

Chaudhry B, Wang J, S. Wu S et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med* 2006;144:742–752.

Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 1997;277:301-306.

Comissão das Comunidades Europeias. Documento de trabalho dos serviços da comissão que acompanha a proposta de directiva relativa à aplicação dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Resumo da avaliação de impacte. Bruxelas: SEC (2008) 2164

Congressional Budget Office. *Evidence on the costs and benefits of health information technology*.

Publication number 2976. Washington: Congressional Budget Office, May, 2008.

www.sciencedirect.com/science.

Conselho da Europa *Recommendation on development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care and explanatory memorandum* (41st meeting, 24–26 June). Strasbourg: Conselho da Europa, 1997.

Cooper HC, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research* 2003;18(2):191–206.

Cornwall A, Gaventa J. *From user and chooser to maker and shaper: repositioning participation in social policy*. Brighton: Institute of Development Studies, 2001.

www.ntd.co.uk/idsbookshop/details.asp?id=618

Council of the European Union. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Council Meeting. Brussels, 08 06 2010 <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st09/st09948.en10.pdf>

Davis D, Goldman J, Palda VA. *Handbook on clinical practice guidelines*. 1 ed. Ottawa: CMA, 2007.

Davis K, Schoen C. State health system performance and state health reform. *Health Affairs (Millwood)* 2007;26(6):664–666.

Davison BJ, Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nursing* 1997; 20(3):187–196.

Deloitte, Medical Tourism: Consumers in search of value. Washington: Deloitte Center for Health Solutions, 2008 [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Croatia/Local%20Assets/Documents/hr_Medical_tourism\(3\).pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Croatia/Local%20Assets/Documents/hr_Medical_tourism(3).pdf)

Dexter PR, Perkins S, Overhage JM, Maharry K, Kohler RB, McDonald CJ. A computerized reminder system to increase the use of preventive care for hospitalized patients. *New England Journal of Medicine* 2001;345:965–70.

Dingwall R. Professions and social order in a global Society. *International Review of Sociology*, 1999; 9: 131-40.

Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde. *O hospital português*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 1998.

Direcção Geral de Saúde. Microsite da qualidade. <http://www.dgs.pt/>

DoH. *Corporate Governance in the NHS, Code of Conduct, Code of Accountability*. London: The Stationary Office, 1994.

DoH. *The new NHS Modern and Dependable*. London: The Stationary Office, 1997.

<http://www.archive.officialdocuments.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>

DoH. *An Organization with a Memory*. London: The Stationary Office, 2000.

DoH. *Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration*. London: The Stationary Office, 2005a.

DoH. *The environment for care*. London: The Stationary Office, 2005b.

DoH. *Integrated Governance Handbook*. London: The Stationary Office, 2006.

DoH. *A First Class Service: Quality in the new NHS*. London: The Stationary Office, 2008.

DoH. *The NHS Constitution. The NHS belongs to us all*. London: the Stationary Office, 2009(a)

DoH. *The Statement of NHS Accountability*. London: the Stationary Office, 2009(b)

DoH. *High Quality Care for All Our journey so far*. London: The Stationary Office, 2009(c)

Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor. MI: Health Administration Press, 1980.

Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.

Endicott L et al. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Management* 2003;8(6):252-262; quiz 263-264

Escoval A, Matos T. Contratualização e Regulação nos Hospitais. In: Campos L, Borges M, Portugal R editores. *Governança dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009; 149-186.

European Commission. *TNS Opinion & Social (2007) In Health in the European Union. Special, Eurobarometer 272e*. Brussels: European Commission, 2007.

European Commission. *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe*. Bona: Information Society and Media Directorate General, 2008.

Eurostat. Migration Statistics.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_statistics

ExPeRT. *Peer review systems in Europe*. London: CASPE Research External Peer Review Techniques Project, 1998. <http://www.caspe.co.uk>

Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43

Ferreira J, Monteiro P, Mimoso J. Registo Nacional de Síndromas Coronárias Agudas. Resultados da Fase Hospitalar de 2002. *Rev Port Cardiol* 2004;23(10): 1251-1272.

Field TS, Gilman BH, Subramanian S et al. The costs associated with adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *Medical Care* 2005;43:1171-1176.

Fischer MA, Vogeli C, Stedman M et al. Effect of Electronic Prescribing With Formulary Decision Support on Medication Use and Cost. *Arch Intern Med* 2008;168(22):2433-2439.

Flin R, Fletcher G, McGeorge P et al. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia* 2003;58(3):233-242.

Fordis M, King JE, Ballantyne CM et al. Comparison of the Instructional Efficacy of Internet-Based CME with Live Interactive CME Workshops. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2005;294:1043-1051.

Fragata J. Gestão do Risco. In Campos L, Borges M, Portugal R, editores. *Governança dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009.

Frame K. Empowering preadolescents with ADHD: demons or delights. *Advances in Nursing Science* 2003; 26(2):131-139.

Freixo J, Rocha A, Vasconcelos J. O Enquadramento dos Sistemas de Informação com a Qualidade: Impacto nas Organizações e Profissionais de Saúde.
www.sbis.org.br/cbis/arquivos/846.pdf.

Gaba DM. Human Error in Anesthetic Mishaps. *Int Anesthesiol Clin* 1989;27(3):137-147.
www.ahrq.gov/qual/nhqr06/report/Key.html

Golant M, Altman T, Martin C. Managing cancer side effects to improve quality of life: a cancer psycho education program. *Cancer Nursing* 2003;26(1):37-44; quiz 45-46.

Gosden T, Forland F, Kristiansen I et al. Capitation, salary, fee-for service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3.

Gouveia M. *Qual o impacto das doenças crónicas?* Lisboa: II Fórum Internacional sobre o doente crónico, 2010.

Graham MJ, Kubose TK, Jordan D et al. Heuristic evaluation of infusion pumps: implications for patient safety in intensive care units. *International Journal of Medical Informatics* 2004;73:771-779.

Gravelle H, Duschek M, Sheaff R et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ* 2007;334(7583):31.

Greene A, Pagliari C, Cunningham S, Donnan P et al. Do managed clinical networks improve quality of diabetes care? Evidence from a retrospective mixed methods evaluation. *Qual Saf Health Care* 2009;18:456-461.

Groessl E. *Participation and empowerment: factors related to positive outcomes in a health intervention with older people with osteoarthritis*. In Sciences and Engineering. San Diego, 2006.

Ham C. Developing integrated care in the NHS: Adapting lessons from Kaiser Birmingham: University of Birmingham. 2006.
http://www.hsmc.bham.ac.uk/documents/kaiser_paper_may06.pdf

Haynes RB, Wilczynski NL. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: Methods of a decision-maker researcher partnership systematic review. The Computerized Clinical Decision Support System (CCDSS) Systematic Review Team. *Implementation Science* 2010;5:12.

www.implementationscience.com/content/5/1/12

Health Consumer Powerhouse. The Empowerment of the European Patient 2009. Brussels: Health Consumer Powerhouse, 2009.

Himmelstein DU, Wright A, Woolhandler S. Computing and the Costs and Quality of Care: A National Study. *Am J Med* 2010;123(1):40-46.

Hofman A, Geelkerken H, Wille J et al. Pressure sores and pressure decreasing mattresses: controlled clinical trial. *The Lancet* 1994, 343:568-571.

Howorka K, Pumpřla J, Wagner-Nosiska D et al. Empowering diabetes outpatients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;48:37-44.

International Association for Health Impact Assessment. *Health International Best Practice Principles*. IAIA Special Publication Series No. 5, 2006.

<http://www.iaia.org/publicdocuments/special-publications/SP5.pdf>

International Hospital Federation/Health Research and Educational Trust. A call to action: Ensuring human resources for health: proceedings report. Proo-book publishing, 2008.

IoM. *Medicare: A strategy for quality assurance, Vol.1*. Washington: National Academies Press, 1990.

IoM. *To Err is Human*. Washington: National Academy Press, 2000.

IoM. *The Chasm of Quality*. Washington: National Academy Press, 2001.

IoM. *Patient Safety. Achieving a new standard for care*. Washington DC: The National Academies Press, 2004.

IoM. *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation*.

Washington: National Academy Press, 2009.

INE. Anuário Estatístico de Portugal, 2008.

Joint Commission. *Sentinel event statistics*—March 31. Oakbrook Terrace, Illinois, 2006.

<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>.

Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217-23.

Kelley E, Hust J. *Healthcare Quality Indicator Project*. Paris: OECD Publications Service, 2006.

King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21(9):1414-31.

Kucher N, Koo S, Quiroz R et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. *New England Journal of Medicine* 2005;352:969-77.

Kuo HF, Sharma G, Freeman JL et al. Growth of the Care of Old Patients by Hospitalists in the United States. *N Engl J Med* 2009; 360: 1102-1112.

Kuperman GJ, Teich JM, Tana Sijevic MJ et al. Improving response to critical laboratory results with automation: Results of a randomized controlled trial. *J AM MED INFORM ASSOC* 1999;6(6):512-22.

Lawn JE, Cousens S, Zupan J et al. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet* 2005, 365:891-900.

Lecomte T et al. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999;187(7):406-413.

Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004;13(Suppl. 1):i85-i90.

Lopes C. *Estudo de prevalência da dor crónica na população portuguesa*. IX Fórum de Dor das Ilhas Atlânticas. Funchal, 2008.

Lorig KR et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care* 2001;39(11):1217-1223.

Lorig KR et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice* 2001;4:256-262.

Lorig KR, Ritter PL, Gonzalez VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nursing Research* 2003;52(6):361-369.

Malm U et al. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;107(6):415-423.

Mattke S, Seid S, Ma S. *Am J Manag Care* 2007;13:670-676.

Mayer-Davis EJ et al. Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *American Journal of Public Health* 2004;94(10):1736-1742

McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM et al. Care Coordination. Vol. 7 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies*. Technical Review 9. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2007.

McGlynn EA, Asch SM, Adams J et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *NEJM* 2003; 348:2635-2645.

McGowan JL, Grad R, Pluye P, Hannes K, Deane K, Labrecque M, Welch V, Tugwell P. Electronic retrieval of health information by healthcare providers to improve practice and patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. N°CD004749. DOI: 10.1002/14651858.CD004749.pub2

McGraw-Hill. *User's Guides to the Medical Literature*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2008.

McSherry R, Pearce P. *Clinical Governance*. Oxford: Blackwell Science, 2002

Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF et al. Creating opportunities for parent empowerment program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics* 2004;113(6): e597-e607.

Melo H. Patient's Rights in Europe. In Mariner WK, Faria PL (eds). *Law and Ethics in Rationing Access to Care in a High-cost global Economy*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2008.

- Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77:808-811.
- Miller GC, Britth HC, Valenti L. Adverse drug events in general practice patients in Australia. *Medical Journal of Australia* 2006, 184:321-324.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Construcción y Validación de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2008.
- Mirco A, Campos L, Falcão F et al. Medication errors in an internal medicine department. Evaluation of a computerized prescription system. *PHARM WORLD SCI* 2005;27: 351-352.
- Mishra SI et al. Improving breast cancer control among Latinas: evaluation of a theory-based educational program. *Health Education & Behavior* 1998;25(5):653-670.
- Moraes-Almeida M, Nunes C, Gaspar A et al. Rinite em idade pré -escolar: Prevalência e caracterização. Estudo ARPA Kids”. *Rev Port Imunoalergologia* 2007;15:387 -410.
- Morin E. *Relier les connaissances, Le défi du XXIe siècle*. Paris: Éditions du Seuil, 1999.
- National Quality Forum (NQF). *Safe Practices for Better Healthcare-2010 Update: A Consensus Report*. Washington, DC: NQF; 2010.
- Nicholson R, Stephenson P. *Environment Determinants of Health*. In Keleher H, Murphy B. (eds) *Understanding Health. A Determinants Approach*. Melbourne: Oxford University Press, 2004;23-39.
- NHS Executive. *Clinical Governance: Quality in the new NHS*. Health Service circular 065, 1999/2001.
- NHS. *Treatment abroad: Q&A*.
<http://www.nhs.uk/Livewell/Treatmentabroad/Pages/questionsandanswers.aspx>
- Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In *Caring for people with chronic conditions, a health system perspective*. Ellen Nolte, Martin McKee, editors. Maidenhead: Open University Press, 2008 p 64-92.
- O'Reilly O. *The 3rd World Health Care Congress*. Barcelona, 2007.

OECD Health Data 2009 -Frequently Requested Data.

http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html

OECD. *Health at a glance* 2009.

http://www.oecdilibrary.org/oecd/content/chapter/health_glance-2009-25-en;jsessionid=74v9hpspb8tpu.delta

Oliver A. The Veterans Health Administration: An American Success Story? *The Milbank Quarterly* 2007 85(1):5-35.

Overhage JM, Tierney WM, Zhou XH, McDonald CJ. A randomized trial of “corollary orders” to prevent errors of omission. *Journal of the American Medical Informatics Association* 1997;4:364–75.

Pagliari C, Detmer D, Singleton P. Potential of electronic personal health records. *BMJ* 2007;335:330-333.

Pakenham-Walsh N, Priestley C, Smith R. Meeting the information needs of health workers in developing countries: a new programme to coordinate and advise. *BMJ* 1997;314:90.

Parker K, Miles S. Death caused by bedrails. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997, 45:797–802.

Pawlson G, Schyve P. *Accreditation: its role in driving accountability in healthcare*. In: Ransom ER, Joshi MS, Nash DB and Ransom SB editores. *The Healthcare Quality Book* 2nd ed. Chicago: Health Administration Press, 2008;433-455.

Pereira H. Registo Português de Cardiologia de Intervenção em 2002. *Rev Port Card* 2004; 23:7-14.

Pestotnik SL, Classen DC, Scott Evans R et al. Implementing Antibiotic Practice Guidelines through Computer-Assisted Decision Support: Clinical and Financial Outcomes. *Ann Int Med* 1996;124(10):884-890.

Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*, 2000, 356:1307–1312.

Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

Porter ME, O'Grady T. *Interdisciplinary Shared Governance* (2nd edition). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2009.

Posnett J. The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *BMJ* 1999;319: 1063-1065.

Posnett J. *Are bigger hospitals better?* In McKee M, Healy J. (eds) *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.

Ramos V, Grupo DiCC. *A governação clínica e de saúde nos ACES. Estratégias orientadoras*.

<http://www.healthaction21.eu/node/111>

Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F. Pressure ulcers: more lethal than we thought? *Advances in Skin Wound Care* 2005,18:367-372.

Reidpath D. *Social Determinants of Health*. In Keleher H, Murphy B. (eds) *Understanding Health. A Determinants Approach*. Melbourne: Oxford University Press, 2004;9-23.

Roberts KJ. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations* 1999;2:82-92.

Roque A, Bugalho A, Carneiro AV. *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica*. 1st ed. Lisboa: FML; 2007.

Rosenfield S. Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior* 1992;33(4):299-315.

Santana P. *Caracterização demográfica dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra, Secretaria-geral do Ministério da Saúde, 2008.

Santana P, Vaz A. *Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos*. In: Campos L, Borges M, Portugal R, editores. *Governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009;127-148.

Schiff GD, Rucker TD. Computerized prescribing: building the electronic infrastructure for better medication usage. *JAMA* 1998;279:1024-1029.

Schiff GD, Bates DW. Can Electronic Clinical Documentation Help Prevent Diagnostic Errors? *N Engl J Med* 2010; 362: 1066-9.

Shaw C. Accreditation in European health care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32(5):266-75.

Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, O'Connell R. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak* 2005;5:23.

Schoen C et al. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs (Millwood)* 2007;26(6):717-734.

Shojania KG, Jennings A, Mayhew A et al. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art.NºCD001096. DOI:10.1002/14651858. CD001096.pub2.

Smetana GW, Landon BE, Bindman AB e tal. A Comparison of Outcomes Resulting from Generalist vs. Specialist Care for a single Discrete Medical Condition. *Arch Intern Med* 2007; 167: 10-20.

Smith CIP, Gribbin J, Challen KB et al. The impact of the 2004 NICE guideline and 2003 General Medical Services contract on COPD in primary care in the UK. *Q J Med* 2008; 101:145-153

Spath P. *Introduction to Healthcare Quality Management*. Chicago: Health Administration Press, 2009.

Stacey RD. *Complexity and creativity in organizations*. CA: Berrett-Koehler, 1996.

Stacey RD. *Strategic Management and organizational dynamics*. London: Pitmann Publishing, 1996.

Staricoff RL. *Arts in health: a review of the medical literature*. Arts Council England, 2007
<http://www.nasaa-arts.org/Learning-Services/Past-Meetings/B-Health-MedLitReview.pdf>

Swinburn B, Cameron-Smith D. *Biological Determinants of Health*. In Keleher H, Murphy B. (eds) *Understanding Health. A Determinants Approach*. Melbourne: Oxford University Press, 2004; 23-39.

Szecsényi J, Rosemann T, Joos S et al. German diabetes disease management programmes are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes Care* 2008;31:1150-1154.

Taub J. The effects of parent empowerment on adjustment for children receiving comprehensive mental health services. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice* 2001;4(3):103-122.

Teixeira S, Lynce A, Carvalho A, Monteiro M, Campos L. *Utilizadores frequentes de um serviço de urgência: caracterização de um problema*. 11º Congresso Nacional de Medicina Interna, Braga, 2005.

Teixeira S, Palma Reis I, Mirco A, Fernandes J, Rodrigues T, Lynce A, Carvalho A, Falcão F, Campos L. Caracterização dos doentes de baixo risco internados por Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). *1º Congresso Ibérico de Medicina Interna*, Lisboa 2007.

Thorpe KE, Howard DH. The rise in spending among Medicare beneficiaries: The role of chronic diseases prevalence and changes in treatment intensity. *Health Affairs* 2006;25:w378-w388.

Tsai AC, Morton SC, Mangione CM et al A Meta-analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. *Am J Manag Care*. 2005 Aug;11(8):478-88.

Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41(1):59-65.

Turrell G, Oldenburg B, McGuffog I et al. *Socioeconomic Determinants of Health: Towards a National Research Program and a Policy and Intervention Agenda*. Canberra: Queensland University of Technology Ausinfo, 1999.

United States Congress. American Recovery and Reinvestment Act of 2009/Division B/Title IV *Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act*.

http://en.wikisource.org/wiki/American_Recovery_and_Reinvestment_Act_of_2009/Division_B/Title_IV

Vassallo M et al. The relationship of falls to injury among hospital in-patients. *International Journal of Clinical Practice* 2005;59:17-20.

Villaverde Cabral M, Alcântara da Silva P. *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais/ Ministério da Saúde, 2009

Villaverde Cabral M, Alcântara da Silva P. *A Adesão à Terapêutica em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010

Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of litigation and Risk Management protocol. *BMJ* 2000;320:777-781. [javascript:PopUpMenu2_Set\(Menu15558106\);](#)

Wake DJ, Cutting WA. Blood transfusion in developing countries: problems, priorities and practicalities. *Tropical Doctor* 1998, 28:4-8.

Wachter RS. In conversation with...J. Bryan Sexton, PhD, MA. Washington DC, Agency for Healthcare Research and Quality, December 2006.
<http://www.webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=34>

WHO. Preâmbulo à constituição da World Health Organization, adoptada pela International Health Conference, New York, 19-22 Junho, 1946; assinada em 22 Julho 1946 pelos representantes dos 61 estados. *Official Records of the World Health Organization*, nº. 2, p. 100

WHO. *Health and Environment in Sustainable Development, Five Years after the Earth Summit*. Geneva: World Health Organization, 1997.

WHO. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organisation, 2002.

WHO. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003. (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82974.pdf>)

WHO. *Reproductive health strategy*. Geneva: World Health Organization, 2004a

WHO. *World Alliance for Patient safety Forward Programme 2005*. Geneva: World Health Organization, 2004b

WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. Geneva: World Health Organization, 2005a.

WHO. *World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005-2006*. Geneva, 2005b.

- WHO. *Counterfeit medicines: an update on estimates*. Geneva: World Health Organization, 2006a
- WHO. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). February, 2006b.
- WHO. *Patient Mobility in the European Union: Learning from experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006c.
- WHO. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization Press, 2006d.
- WHO. *Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008a.
- WHO. *Summary of the Evidence on Patient Safety: implications for research*. Geneva: WHO Press, 2008b
- WHO. *Managing Chronic Conditions: experiences in eight countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008c
- WHO. *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO Press, 2008d.
- WHO. *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Copenhagen: WHO, 2010a
- WHO. *Tackling chronic diseases in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010b.
- WHO. *International Travel and Health*. Geneva: WHO, 2010c.
- Wilson EO. *Consilience the Unity of Knowledge*. Londres: Abacus, 1998.
- Wismar M, Palm W, Figueras J et al. *Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity*. Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2007.
- World Bank. *Empowerment and Poverty reduction: a Sourcebook*. World Bank, 2002. <http://go.worldbank.org/Interpwermtresources/486312-1095094954594/draft.pdf>
- www.internationalqip.com

http://www.spemd.pt/docs/soral_docs/RELAT2009a.pdf