

## ANEXO I: MÉTODO DE PESQUISA E CARCTERIZAÇÃO GERAL DOS PAÍSES ANALISADOS

Para efectuar a recolha de evidência científica foram realizados dois tipos de pesquisa:

A **pesquisa documental**, na sua acepção completa, compreende fontes escritas e não escritas. Trata-se de um método de recolha e de verificação de dados, que visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não. Este método conduz, por isso, muitas vezes, à utilização de outras técnicas de investigação, com as quais tem uma relação complementar. Estas técnicas poderão ser a observação, o inquérito, a análise de conteúdo, a investigação-acção (Maroy, 2005).

A **pesquisa bibliográfica** é uma das técnicas particulares da pesquisa documental, que se limita exclusivamente às fontes escritas. Trata-se de uma técnica que visou descobrir textos (livros, artigos, documentos) sem omitir referências importantes e sem que se deixe dominar por referências sem interesse (Maroy, 2005).

---

*«É possível visar a exaustividade, mas é preferível começar pela pertinência» (Albarello et al., 2005:32).*

Como métodos de pesquisa bibliográfica (Albarello *et al.*, 2005) foram utilizados:

Prático: Este método consiste num sistema “bola de neve”, em que são utilizadas as referências das primeiras obras consultadas.

Exaustivo: O método exaustivo é precedido de um trabalho de análise profunda sobre o problema estudado, formando uma ideia dos domínios que alcança e dos sub-temas que abarca. Posteriormente, efectua-se uma consulta em bibliotecas e motores de pesquisa e fazer pesquisas a partir da questão que interessa.

A **revisão bibliográfica** compreende a análise de estudos e documentos relevantes sobre a matéria em causa, sendo, por isso, um método adequado à identificação do estado de arte e explicitação daquilo que se faz, por que se faz, em que circunstâncias e com que resultados. Ainda que nenhum estudo deva ser considerado como uma completa e precisa representação do fenómeno em análise, uma vez que apresenta limitações decorrentes do seu próprio contexto social e do seu processo de construção, tal como alerta Bowling (2002), consubstancia, no entanto, uma importante fonte de dados sobre as realidades estudadas.

Para a revisão das publicações internacionais foram utilizados, principalmente, os canais de pesquisa Pubmed, Emerald, Google Scholar, os sítios da Organização Mundial da Saúde e do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, os sítios institucionais dos diferentes países observados, os recursos bibliográficos disponíveis no Centro de Documentação da Escola Nacional de Saúde Pública e, ainda, as referências bibliográficas indicadas nos estudos mais relevantes na matéria em apreço.

Collins e Green (2000) referem que é importante aprender com os países em desenvolvimento e não apenas com aqueles que mais se aproximam do país em causa. Não deve existir, segundo estes autores, um processo unilateral de aprendizagem, sendo também possível aprender com aqueles a quem habitualmente se ensina. Já quanto a países que apresentam uma estrutura social e económica que se aproximam do tipo de sistema de saúde acolhido no nosso país, muitos têm sido os estudos que registam os aspectos positivos que ressaltam da implementação das experiências no âmbito dos CSH e de integração de cuidados e que serão objecto do estudo. Na prossecução dos objectivos anteriormente definidos, a pesquisa bibliográfica centrar-se-á maioritariamente nos últimos cinco anos.

O trabalho de pesquisa documental desenvolvido seguiu uma estrutura definida em torno dos diferentes sistemas de saúde tipo “Bismarck”, tipo “Beveridge” ou de livre escolha e competição.

**Quadro 2: Países incluídos na pesquisa bibliográfica por tipo de sistema de saúde**

Sistema de Saúde Tipo “Bismarck”	Sistema de Saúde Tipo “Beveridge”	Sistema de Livre Escolha e Competição
Holanda, França e Alemanha	Austrália, Canadá, Espanha, Finlândia e Reino Unido	EUA

**Quadro 3: Objecto de pesquisa bibliográfica e palavras-chave**

OBJECTO DE PESQUISA	PALAVRAS-CHAVE
Cuidados Integrados	Healthcare integration, integrated healthcare, integrated care, health networks, care coordination, continuity of care, disease management programmes, gatekeeping, coordination of health services, health information network, integrated delivery systems
Contratualização e financiamento	Contracting, commissioning, performance contract, health service contract, performance-based contracting, contrato de gestión, contractual-based integration, financing, capitation, population needs based funding, funding mechanisms, incentives, P4P, risk management, reimbursement mechanisms
Modelo de Sistema de Saúde	Health system, health system model, Canada, Australia, Spain, Portugal, Finland, UK, German, France, Netherlands, USA
Organização da prestação	Healthcare organization, hospital and health care organizations, hospital care, health policy, national health programmes, health care reform, delivery health care,
CSH	hospital and health care organizations, hospital care, professional practice, community hospitals, hospital services, needs and demand, acute care
Reformas, modelos e experiências organizacionais inovadoras	Health care reforms, innovating experiences in health care organizations, financing healthcare, hospitals of the future, decentralization in health care, integration in healthcare, access, clinical governance, sustainability, accreditation, clinical audit, needs assessment, quality, hospital, guidelines,

O estudo implicou uma análise tendente à caracterização dos aspectos gerais do modelo de sistema de saúde e forma como é organizada a prestação para se perceber o alcance e dinâmica das experiências inovadoras, pelo que foi adoptada a seguinte estrutura de apresentação de resultados:



Os três primeiros pontos de caracterização geral do modelo de sistema de saúde e forma de organização são apresentados de seguida:

## AUSTRÁLIA

---

A Austrália promove o acesso universal aos cuidados de saúde, através do sistema de seguro de saúde do governo, a Medicare (1984), financiado por impostos gerais e um imposto obrigatório para a saúde. Por conseguinte, todos os cidadãos têm direito a um acesso subsidiado para um médico da sua preferência, fora do hospital, cuidados hospitalares gratuitos no sector público e fármacos comparticipados (EOHSP, 2006b; Australian Government. DHS, 2008).

As despesas cobertas pela Medicare dependem do serviço de saúde e do prestador e são estabelecidas pelo Governo no chamado *Medicare Benefits Schedule* (MBS), actualizado anualmente.

O sector privado, que emprega a maioria dos GP e especialistas, detêm um número significativo de hospitais, uma indústria consolidada de serviços de diagnóstico, esquemas de seguros de saúde, associações de profissionais, e grupos da indústria e do consumo, que influenciam as decisões políticas do Governo e nos diferentes Estados do país (EOHSP, 2006b).

Os hospitais públicos são financiados por orçamento prospectivo global, o qual inclui pagamentos de custos fixos e de custos para investigação e educação, acrescido de uma quantia significativa consoante o seu índice de *case-mix*, representando cerca de 70% da oferta de camas. Os Estados podem adquirir serviços hospitalares a prestadores do sector privado mediante a celebração de contratos de aquisição de serviços (EOHSP, 2006b).

## CANADÁ

---

O Canadá tem um sistema de saúde predominantemente financiado pelo sector público, com a prestação de serviços a cargo de organismos públicos e privados (Medicare, 1961). As diferentes províncias disponibilizam praticamente todos os serviços hospitalares, médicos (também algumas cirurgias dentárias) e de diagnóstico (EOHSP, 2005).

A maior fonte de financiamento dos serviços de saúde é obtida pelos governos provinciais, territoriais e o Governo Federal, através da cobrança de impostos, representando 70% das despesas em saúde, a maior parte proveniente de impostos sobre o rendimento individual, impostos sobre o consumo e impostos sobre corporativas (EOHSP, 2005)

Os cuidados de saúde primários são prestados por GP que referenciam os doentes para os restantes níveis de cuidados. Na prática, os cuidados de saúde secundários, terciários e de emergência, bem como a maioria dos cuidados especializados em ambulatório e as cirurgias electivas, são realizados no meio hospitalar (EOHSP, 2005).

## ESPAÑA

---

Desde a Ley General de Sanidad de 1986, a Espanha tem por base o Sistema Nacional de Salud (SNS) (SEMG, 2009) que oferece cobertura universal a todos os cidadãos e proporciona acesso livre aos cuidados de saúde.

A governação do sistema de saúde é descentralizada, processo que foi concluído em 2002 (EOHSP, 2006a), dividindo-se, agora, em 17 comunidades autónomas (CC.AA) que exercem competências na planificação da saúde, saúde pública e assistência à saúde. Cada CC.AA conta com um Servicio de Salud, uma estrutura administrativa e de gestão que integra todos os centros, serviços e estabelecimentos da Comunidade

Os GP são normalmente o primeiro ponto de contacto entre a população e o sistema de saúde. Os centros de ambulatório funcionam em parceria com os hospitais, integrando diversos especialistas que prestam serviços em sistema de rotatividade (USA. Kaiser Permanente International, 2008).

Desde 1997, tem vindo a ser implementado um sistema inovador de administração hospitalar (*foundations*) que se caracteriza pela reestruturação de alguns hospitais públicos em organizações empreendedoras e auto governáveis (EOHSP, 2006a), com um menor controlo burocrático externo e um maior enfoque nos resultados (EOHSP, 2006a). Estas entidades possuem personalidade jurídica e respondem perante as autoridades públicas, sendo financiada por via da contratualização.

## FINLÂNDIA

---

Os serviços de saúde finlandeses têm por base um sistema de seguro nacional (NHI), um programa de cobertura universal compulsória introduzido em 1964, operacionalizado pela *Social Insurance Institution of Finland*, também conhecido por *Kela* (EOHSP, 2002). Existem dois sistemas para a prestação de cuidados de saúde que são financiados publicamente: os centros de saúde e os hospitais públicos, que se encontram sob gestão pública e são financiados com base em impostos; e os cuidados de saúde do sector privado, reembolsados e financiados publicamente a partir do NHI (ISSA, 2007). O NHI reembolsa despesas com medicamentos, custos com médicos e dentistas, exames e tratamentos e despesas de viagens (ISSA, 2007).

A Finlândia encontra-se dividida em 21 hospitais distritais, operacionalizados por federações de municípios, sendo a participação numa federação obrigatória para todos os municípios (ISSA, 2007). Os hospitais distritais prestam serviços de ambulatório, internamento e cirurgia em Hospital de dia. Existem ainda serviços de ambulatório privado e 41 hospitais privados. Alguns municípios e hospitais distritais compram serviços aos hospitais privados (que prestam apenas 5% dos episódios do país), contudo, esta não é uma prática corrente (EOHSP, 2008).

## REINO UNIDO

---

O Reino Unido apresenta um sistema de saúde que assenta no National Health Service (NHS), considerado a maior organização de prestação de cuidados de saúde da Europa (UK. NHS, 2009). É financiado por fundos públicos, com origem principal nos impostos, tendo por objectivo prestar a maioria dos cuidados de saúde, primários e especializados, de forma gratuita, no momento da utilização (EOHSP, 1999).

Os cuidados primários são assegurados, em Inglaterra, por cerca de 150 Primary Care Trusts (PCT), organizações locais que controlam cerca de 80% do orçamento do NHS (NHS, 2009) e que se encontram melhor posicionadas para entender as diferentes necessidades da população (Mannion, 2008).

Os cuidados hospitalares do NHS são prestados e geridos pelos NHS trusts que certificam a qualidade dos cuidados e praticam uma gestão eficiente e decidem sobre estratégias para a evolução do hospital. Para além dos cuidados de emergência, o tratamento hospitalar é organizado por meio do GP, dentista ou oftalmologista, onde são prestados cuidados em ambulatório e hospital de dia e internamento (NHS, 2009). Os hospitais recebem financiamento com base no seu nível de actividade e na contratualização de serviços estabelecida com outras entidades. A grande maioria é pública, pertencendo menos de 5% ao sector privado (USA. Kaiser Permanente International, 2008). Desde a introdução da livre escolha (Abril de 2008), pode eleger-se o hospital que melhor se adequa às necessidades, excepto para serviços de maternidade e de saúde mental.

## ALEMANHA

---

Na sequência da reforma de 2007 e da consequente reorganização do fundo de solidariedade, com início em 1 de Janeiro de 2009 (Schabloski, 2008), os cidadãos alemães subscrevem actualmente um seguro de saúde compulsório (Germany. The Federal Ministry of Health, 2009) beneficiando da cobertura das despesas com serviços preventivos, cuidados hospitalares em regime de internamento ou em ambulatório, consultas, cuidados de saúde mental, saúde oral, prescrição de medicamentos, reabilitação e subsídio de doença. As associações de médicos regionais negociam contratos colectivos com os fundos de doença e depois distribuem esses fundos pelos GP e médicos especialistas. A partir de 2004 passou também a existir a contratualização selectiva, promotora de novas formas de cuidados (ex. cuidados integrados), mas actualmente ainda com pouca expressão. A generalidade dos cuidados em ambulatório é prestada pelo sector privado (USA. Kaiser Permanente International, 2008).

Nos cuidados hospitalares, o sector público representa 53%, as organizações sem fins lucrativos 39% e o sector privado 8%. Os hospitais são pagos com base nos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) (USA. Kaiser Permanente International, 2008).

## HOLANDA

---

A partir de 1 de Janeiro de 2006, o sistema de saúde holandês prevê uma cobertura universal, por meio de um mercado regulado e competitivo de seguros privados, com ou sem fins lucrativos (Leu et al., 2009).

Todos os residentes encontram-se, por isso, obrigados (The Netherlands. DNB, 2007) a subscrever uma apólice de seguro para a cobertura dos serviços básicos de saúde, como consultas, hospitalização, prescrição de medicamentos e exames laboratoriais e de diagnóstico (Leu et al., 2009). A maioria da população subscreve, ainda, apólices complementares que incluem serviços não cobertos pelo seguro básico, como os cuidados de saúde oral, sendo frequente a subscrição de pacotes combinados, oferecidos pela mesma seguradora do seguro básico (Leu et al., 2009). O sistema holandês disponibiliza, ainda, separadamente, o *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* (AWBZ), um seguro público obrigatório, de cobertura também universal, destinado a cobrir despesas médicas excepcionais e de custo elevado, como cuidados continuados e ao domicílio (The Netherlands. DNB, 2007). Actualmente, o cidadão escolherá a seguradora, com base no preço, na qualidade e nos serviços de saúde prestados (The Netherlands. DNB, 2007).

A maioria dos hospitais, mais de 90%, funciona como instalações privadas, sem fins lucrativos, e os restantes são hospitais universitários públicos (USA. Kaiser Permanente International, 2008). O financiamento está associado ao desempenho encontra-se em fase de desenvolvimento para um sistema de financiamento semelhante ao GDH, com um só preço para os cuidados hospitalares e tratamento especializado (USA. Kaiser Permanente International, 2008).

As seguradoras são pagas a partir de um fundo de equalização do risco (The Netherlands, 2008), financiado com base em contribuições associadas ao rendimento. O ajustamento pelo risco é complexo e é considerado por alguns autores (Leu et al., 2009) como um bom preditor de utilização. Este mecanismo tem em conta diversas características, como a fonte de rendimentos, a idade, o sexo, a região, os *pharmacy cost groups*, os *diagnostic cost groups* (The Netherlands, 2008) e, desde 2008, o estatuto sócio-económico (Leu et al., 2009).

## ESTADOS UNIDOS

---

O sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) é financiado em quase 46% por impostos, através dos programas governamentais *Medicaid* (para os cidadãos mais pobres), *Medicare* (para os mais idosos) e *Veterans' Administration* (para os veteranos de guerra), assim como a cobertura de cuidados de saúde para funcionários do governo e respectivas famílias. Para além dos programas governamentais, os EUA dispõem de mais de 1300 planos de saúde para cerca de 200 milhões de cidadãos (USA. Kaiser Permanente International, 2008).

A maioria dos planos de saúde é, porém, prestada por seguradoras privadas, por meio de acordos com entidades patronais. Destes planos, seis controlam 43% do mercado de cuidados de saúde no país: a *WellPoint* (13%), a *UnitedHealth* (11%), a *Aetna* (7%), a *Kaiser Permanente* (4%), a *Humana* (4%) e a *Cigna* (4%). De todos eles, apenas a *Kaiser Permanente* opera sem fins lucrativos (Wallace, 2009c).

Os hospitais sem fins lucrativos detêm cerca de 70% da capacidade hospitalar total. Também existem hospitais privados com fins lucrativos e hospitais governamentais em alguns locais, sendo propriedade, principalmente, do condado e do governo da cidade (David, 2005).

O financiamento da maioria dos hospitais (com fins lucrativos, sem fins lucrativos e públicos) e dos médicos baseia-se nos GDH, na capitação ou nos serviços prestados, sendo feito por planos de saúde privados ou pelo governo. Um pequeno número de hospitais corresponde a planos de saúde pré-pagos e recebe um orçamento anual para o seu funcionamento (USA. Kaiser Permanente International, 2008).

## ANEXO II: ANÁLISE SWOT

Numa primeira fase, foi realizado uma técnica de *Brainstorming* para que os peritos pudessem sugerir novas ideias, a incluir em cada uma das dimensões da matriz SWOT.

De acordo com Chauvet (1995), o *brainstorming* caracteriza-se por ser uma reunião de grupo em que novas ideias são recolhidas, sendo assegurada a livre expressão dos participantes. O objectivo é maximizar o fluxo de ideias, a criatividade e a capacidade analítica do grupo. Segundo Osborn que desenvolveu este conceito em 1939, “(...) brainstorm means using the brain to storm a creative problem and do so in commando fashion, with each stormer attacking the same objective”. Ou seja, é um método através do qual um grupo tenta encontrar uma solução para um problema específico, criando uma lista de ideias espontâneas a partir do contributo destes elementos. Da associação de ideias, construção e reconstrução, chegou-se a uma matriz SWOT:

Figura 9: Análise SWOT resultante da aplicação da técnica de *Brainstorming*

S	INTERNAL		W
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inovação e Desenvolvimento tecnológico</li> <li>• Capital Humano</li> <li>• Formação; Investigação (aquela que só é possível fazer em hospitais)</li> <li>• Existência de alguns centros de excelência e de pólos de boas práticas</li> <li>• Elevada qualificação técnica de alguns grupos profissionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos Humanos (ausência de gestão estratégica que resulta em défices, excessos e má-distribuição)</li> <li>• Baixo nível de articulação e integração entre os níveis de cuidados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TI (debilidade na interoperabilidade dos SI) um factor que promove a centralidade no cidadão é a integração das TI;</li> <li>○ ULS/SLS.</li> </ul> </li> <li>• Modelo de Gestão Clínica (Governance baixa autonomia decisional, baixa capacidade de gestão clínica)</li> <li>• Falta de avaliação tecnológica na saúde</li> <li>• Dificuldade de articulação e de coordenação estratégicas nos diferentes <i>settings</i></li> <li>• Excessivo centralismo e burocratização da AP</li> <li>• Problemas no acesso e na qualidade dos cuidados</li> <li>• Escassez de resposta a necessidades de saúde emergentes (cuidados no domicílio, na comunidade, internamento de estadia média e prolongada, cuidados paliativos, Listas de espera)</li> </ul>		
O	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modernização/Reabilitação/Reestruturação do Parque Hospitalar</li> <li>• Contratualização com maior partilha de risco (maior autonomia)</li> <li>• Modelos inovadores de financiamento integrados com impacto no acesso e na circulação dos doentes com partilha de risco, com incentivos e penalizações (contratualizar acesso com resultados)</li> <li>• Maior autonomia decisional (se politicamente for concedida)</li> <li>• Centralidade na Gestão da Qualidade e Segurança do Doente</li> <li>• Redesenho da Carta Hospitalar de acordo com os recursos</li> <li>• Redes de Referênciação</li> <li>• Integração com monitorização prospectiva</li> <li>• Aproveitamento de novos profissionais de saúde e equipas domiciliárias multidisciplinares: institucionalizar o enfermeiro de família; nutricionista, psicólogos, enfermeiro tem papel preponderante na área materninfantil</li> <li>• Algumas experiências inovadoras na gestão de centros de saúde e hospitais, na telemedicina e noutros domínios</li> <li>• Crescente apetência para o reforço de formas de participação do cidadão</li> <li>• Dinâmicas intersectoriais e novas formas de parcerias entre os sectores público, social e privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Recursos Humanos</li> <li>• Sustentabilidade económico-financeira (relacionado com o modelo do Governo)</li> <li>• Falência/Insucesso/Lentidão da reforma dos CSP e CCI (estes falham e originam aumento das urgências)</li> <li>• Gestão da Qualidade e Segurança do Doente (encarados como uma ameaça se não forem feitos)</li> <li>• Constrangimentos orçamentais</li> <li>• Carência no mercado, a curto/médio prazo, de alguns tipos de profissionais</li> <li>• Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências dos cidadãos</li> <li>• Redução do investimento na promoção da saúde, por efeito de “desvio” no fluxo financeiro para áreas tecnológicas de grande consumo de recursos</li> </ul>	
	EXTERNAL		T

Numa segunda fase, para proceder à validação e priorização da matriz SWOT construída pelos peritos através do brainstorming, foi utilizada uma técnica de grupo nominal.

O método do grupo nominal é, segundo *Potter, Gordon e Hamer (2004)*, utilizado sobretudo para identificar e caracterizar problemas, para desenvolver soluções, definir objectivos a atingir e medidas a desenvolver ou ainda para estabelecer prioridades através da classificação de diferentes alternativas. O processo que lhe está subjacente consiste numa reunião estruturada com especialistas, que tem como objectivo consensualizar informação relevante sobre uma determinada matéria ou questão, com vista à tomada de decisão (*Van de Ven e Delbecq, 1974*), sendo muitas vezes utilizado para melhorar a efectividade do planeamento nos serviços de saúde. Embora a recolha de informação seja entendida como uma actividade de grupo, em que se pretende que os peritos sejam estimulados pelo facto de ouvirem as ideias uns dos outros, o método coloca grande ênfase na participação e esforço individual. A denominação do método (nome/nominal) reside aliás nesta particularidade, pois a interacção entre participantes é controlada e só tem lugar no âmbito da clarificação de ideias.

O Método do Grupo Nominal é normalmente realizado como uma única reunião, mas segundo *Jones e Hunter (1995)*, pode ser adaptado. A versão modificada mais conhecida é a que foi desenvolvida pelo *Rand Corporation* – “NGT-R” - nas décadas de 70 e 80 e que é também um método formal de para se chegar a um consenso, que mistura técnicas do Grupo Nominal com as do Delphi, sendo por isso também frequentemente denominado como “Delphi Modificado”.

De acordo com *Nunes (2008)*, a sequência dos momentos de trabalho é a seguinte: *i*) redacção das ideias relacionadas com o tema em estudo (*brainwriting*); *ii*) apresentação dessas ideias com uma cadência singular e ordenada de acordo com uma seqencia previamente estabelecida entre os participantes no grupo; *iii*) Registo escrito das palavras exactas de cada participante; *iv*) Tempo de apreciação do conjunto das ideias; *v*) Categorização através de uma análise de conteúdo das ideias expostas; *vi*) Apresentação de questões e comentários sobre cada uma; *vii*) Selecção e ordenamento das principais ideias (para cada participante) *viii*) Recolha, soma e ordenamento; *ix*) Discussão dos resultados e relatório do grupo.

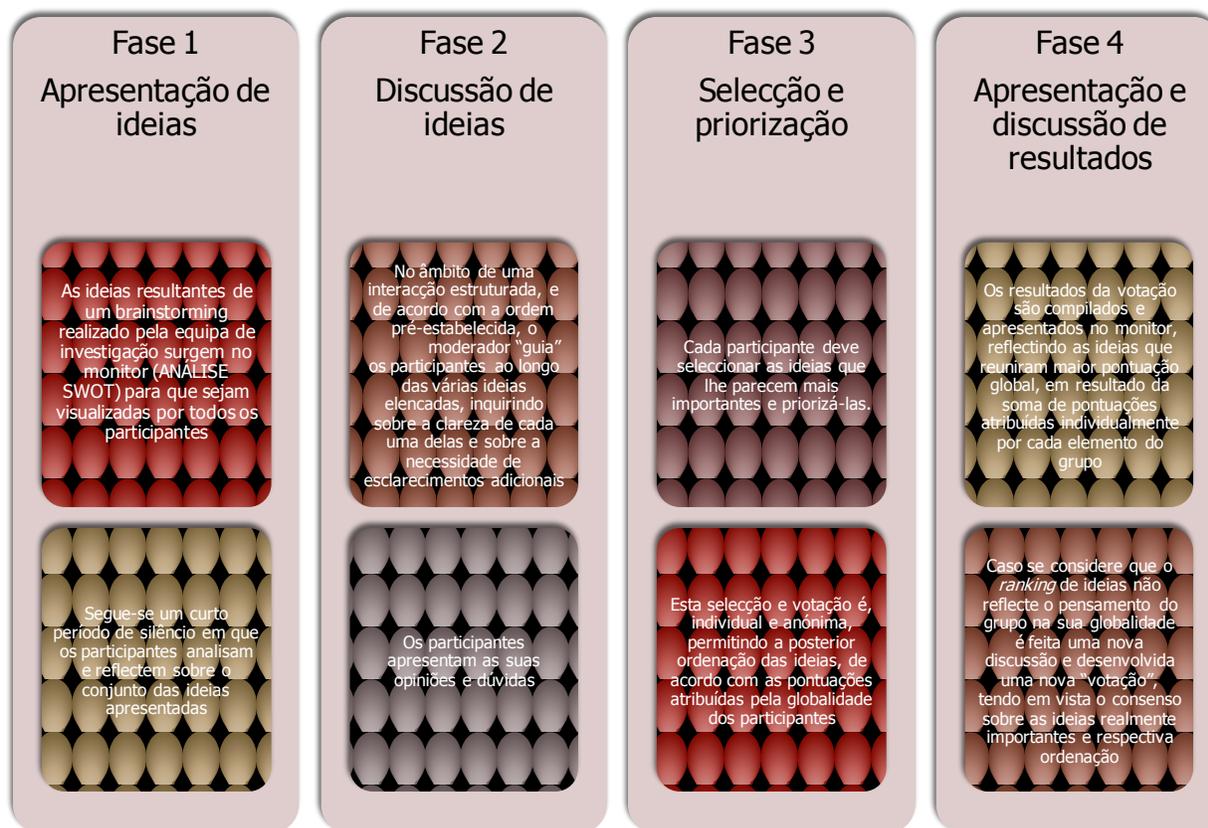
Como material de apoio foi utilizado o suporte electrónico o sistema DSS-PRO (Decision Suport System), o qual tem como objectivo controlar todo o desenvolvimento da sessão, uma vez que permite criar sessões (em formato de questionário), submeter votações, ordenações, reformular respostas submetidas e visualizar, em tempo real, as respostas dos participantes.

Complementarmente, optou-se pela utilização de um Flipchart e folhas de papel A4 com desenho da matriz, para facilitar a visualização dos resultados e agilizar os trabalhos.

Cada um dos peritos envolvidos teve disponível uma PDA (*Pocket Digital Agenda*), onde surgiram sucessivamente as questões colocadas pela equipa de investigação, e onde foram registadas as respectivas respostas, quer de modelo de escrita, quer através do modelo de selecção das respostas.

Depois da identificação do problema e apresentação da questão a analisar, a sequência do processo adoptado para a realização da TGN foi o seguinte:

**Figura 10: Fases Técnica Grupo Nominal**



Tendo em consideração a análise SWOT, foi solicitado aos peritos:

- Indique os pontos fortes, fracos, oportunidades e fraquezas que deviam ser retirados/modificados
- Enuncie outros pontos fortes, fracos, oportunidades e fraquezas que entende deverem ser considerados (até 1 por cada dimensão)
- Seleccione os três itens mais importantes em cada dimensão swot. Seguindo-se uma discussão para consenso em cada intervenção
- Com a nova matriz, procede-se a uma votação, em que deverão ser escolhidos os 3 itens mais importantes em cada dimensão da *SWOT*

Os principais resultados alcançados são descritos infra.

I - Pontos a retirar/modificar da análise *SWOT*

#### QUANDO QUESTIONADOS PARA INDICAR AS FORÇAS QUE DEVIAM SER RETIRADAS/MODIFICADAS

- A discussão gerou-se, principalmente, em torno da questão do “*Capital Humano*”. Alguns dos participantes defendem-no como o principal activo da organização e a força mais intensa do sistema, sendo certo, no entanto, que poderá estar mal rentabilizado e, consoante existam “bons ou maus” profissionais, poderá transformar ou conduzir o sistema prestador para níveis distintos de operacionalidade e eficiência. Outros participantes consideraram que o *capital humano* resume-se à questão da gestão dos recursos humanos e, nessa medida, tende a ser visto como uma fragilidade do sistema. Quando entendido em termos de competências, conhecimentos e experiências, ainda que de forma não generalizada, o *capital humano* foi ainda considerado por alguns como um ponto fraco.
- Uma sugestão de modificação deste item foi evidenciada no decorrer da discussão, tendo sido proposto considerar como ponto forte a “*Elevada motivação de muitos profissionais para a missão do serviço público*”.

A “*Existência de alguns centros de excelência e de pólos de boas práticas*” foi identificado como podendo constituir um ponto forte ou fraco, e a questão essencial residiu em saber o que significava *alguns*. Os peritos salientaram aspectos como a dimensão e a própria sustentabilidade, devendo definir-se claramente o número em que deverão existir. Quando entendido como uma fraqueza do sistema, ressaltou claramente a ideia de falta de orientação estratégica.

Quanto ao item “*Formação: Investigação*”, a maioria dos participantes entendeu dever retirar-se, pelo menos, a componente “Investigação”, por considerarem, por um lado, que o nível de investigação clínica e institucional é insuficiente e de fraca relevância, quer porque se aplica a alguns hospitais em concreto, quer ainda porque traduz, apenas, uma forma de valorização do capital humano. Contudo, alguns dos participantes defenderam a junção deste item com a “*Inovação e Desenvolvimento tecnológico*”, considerando-o assim uma força a assinalar.

Alguns dos participantes optaram por não considerar a “*Inovação e Desenvolvimento tecnológico*” como uma força, sugerindo mesmo que o item fosse retirado.

#### QUANDO QUESTIONADOS PARA INDICAR AS FRAQUEZAS QUE DEVIAM SER RETIRADAS/MODIFICADAS

- Na sua grande maioria os peritos acordaram nas sugestões apresentadas, resultando, no entanto, consensual que a “Dificuldade de articulação e de coordenação estratégica nos diferentes settings” e “Baixo nível de articulação e integração entre os níveis de cuidados” poderiam, eventualmente, resumir-se apenas a uma questão.

#### QUANDO QUESTIONADOS PARA INDICAR AS OPORTUNIDADES QUE DEVIAM SER RETIRADAS/MODIFICADAS

- Desde logo, foi referido que “*o redesenho da carta hospitalar de acordo com os recursos*” não faz sentido sem o redesenho das “*redes de referência*”, pelo que não podem, nem devem ser vistas em separado. Por outro lado, outros participantes entenderam que as “*redes de referência*”

constituem um processo em desenvolvimento, sendo, em muitos casos, exercícios formais e pouco assumidos, pelo que não devem constar como uma oportunidade.

A “Maior autonomia decisional (se politicamente for concedida)” foi outro dos pontos que os peritos entenderam não dever ser considerado nas oportunidades, dado reconhecer-se que as instituições hospitalares têm capacidade de decisão. Esta questão foi discutida na perspectiva de potenciar a realização de auditorias, ou seja, salientou-se a necessidade de efectuar análises cuidadas, sistemáticas e independentes, com o objectivo de averiguar a conformidade das actuações tomadas com as disposições previamente planeadas e a sua eficiência e adequabilidade face aos objectivos definidos.

Outro ponto a retirar da dimensão oportunidades, na opinião dos peritos, refere-se à “Modernização/Reabilitação/Reestruturação do Parque Hospitalar” que foi entendida como uma “opção demasiado hardware”, e por isso, poder transmitir uma percepção errada das oportunidades relativamente ao sistema.

Um ponto controverso prendeu-se com a “Crescente apetência para o reforço de formas de participação do cidadão”. Entendido, por alguns participantes, como um ponto a retirar das oportunidades, invocando-se, por exemplo, um aumento dos níveis de reclamação, defendeu-se, contudo, que a participação não se resume apenas a esse factor. Por outro lado, a entender-se como uma oportunidade, foi sugerido integrar-se na perspectiva das “Dinâmicas intersectoriais e novas formas de parcerias entre os sectores público, social e privado” dado que esta questão, de facto, remete para a necessidade de constituição de agentes facilitadores dentro do sistema, sendo que o défice de participação do cidadão tem a ver, em muitos locais e de forma preponderante, com a dificuldade de “navegabilidade”.

O ponto “Algumas experiências inovadoras na gestão de centros de saúde e hospitais, na telemedicina e noutros domínios” parece integrar o conceito de articulação, não devendo, por isso, ser particularizado.

#### QUANDO QUESTIONADOS PARA INDICAR AS AMEAÇAS QUE DEVIAM SER RETIRADAS/MODIFICADAS

Não se mostrou consensual que deveria retirar-se o ponto “Redução do investimento na promoção da saúde, por efeito de “desvio” no fluxo financeiro para áreas tecnológicas de grande consumo de recursos”.

A discussão decorreu em torno da necessidade de saber priorizar as situações, pelo que se mostra essencial abdicar de determinados investimentos face a outros. “Deve ser entendido como um processo normal gestor que as pessoas têm que exercer, é essa a sua responsabilidade e é esse o seu compromisso”.

Na dimensão ameaças foi, ainda, sugerido que os “Constrangimentos orçamentais” poderiam considerar-se subsumidos na sustentabilidade económico-financeira.

Alguns participantes mostraram o seu desacordo em considerar a “Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências dos

cidadãos” como uma ameaça, dado não representar uma questão que possa ser generalizada, ainda que, actualmente, possa existir um nível de desmotivação crescente.

## II - Pontos a inserir na análise SWOT

Quando questionados para incluir na matriz SWOT apresentada outros elementos que, no entendimento dos peritos, não estavam presentes, podemos referir que, na dimensão **forças**, ressaltou a ideia de que a cultura de qualidade é uma realidade presente em muitas instituições hospitalares, tendo vindo a ser melhorada. Por outro lado, entenderam também os peritos evidenciar a preocupação crescente e aposta na inovação e desenvolvimento tecnológico, os aspectos de investigação e formação e o elevado sentido de missão de muitos profissionais. A existência legal de uma rede de hospitais hierarquizada e coerente parece ser outro ponto forte, a par de iniciativas como a adopção de um sistema avançado de prevenção, em que o nosso país se destaca no contexto europeu.

Na dimensão **fraquezas**, os principais aspectos a incluir prendem-se, desde logo, com a questão da fraca cultura de avaliação, ao nível interno e externo, e a sua não ligação explícita a verdadeiros ganhos em saúde (*outcomes*) e a um sistema de consequências efectivo. Por outro lado, são enunciados aspectos como a inexistência de um processo voltado e optimizado para o cidadão/utente, que não considera as especificidades regionais. Considerando uma perspectiva mais abrangente, foi ainda incluído como ponto fraco, a existência de uma inadequada estratégia política face aos novos desafios de uma sociedade cada vez mais envelhecida e com uma crescente dependência, em consequência da compactação da morbilidade que, acarreta uma sobrecarga para o sistema prestador.

Como **oportunidades**, foram incluídos aspectos relacionados com a criação, crescimento e consolidação de novos actores privados e sociais, num espírito de complementaridade com o sector público, como forma de potenciar uma maior articulação entre níveis de cuidados, não esquecendo os aspectos de proximidade e a ênfase na centralidade do cidadão no sistema. Tal implicará uma profunda reorganização da prestação hospitalar, que não poderá ignorar o crescimento acentuado de doenças crónicas, para o que se invoca o “fim das paredes dos hospitais” que têm necessariamente de estabelecer compromissos de actuação com os CSP e CCI.

Por outro lado, a contratualização estratégica com garantia de autonomia técnica de gestão, parece constituir o instrumento necessário para a transição de paradigma, abandonando-se definitivamente a postura burocrática e excessivamente normativa do Estado comprador. Assente em mecanismos de financiamento de base capitacional ajustados pelo risco, resultará igualmente na forma mais próxima e adequada para contratualizar resultados em saúde, garantindo, simultaneamente, o acesso com qualidade, e servindo ainda como um verdadeiro mecanismo de regulação em saúde.

Numa perspectiva interna da instituição hospitalar, a tendência vai no sentido do tratamento da patologia, ao invés da tradicional divisão por especialidades médicas, pelo que a oportunidade invocada passa por uma nova governação clínica na produção que considere transversalmente as quatro áreas do hospital - urgência, internamento, BO, ambulatório.

Por fim, foi ainda referido que a utilização de experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento hospitalar, permitem por intermédio de uma cultura de *benchmarking* potenciar ganhos de qualidade e eficiência.

A ausência de planeamento estratégico relativamente aos programas previstos no PNS, bem como, na regulação de áreas crescentemente carecidas de recursos, parecem constituir verdadeiras **ameaças**, a par da pressão crescente do défice público sobre as disponibilidades financeiras da exploração que determinam a insustentabilidade a curto prazo.

A identificação da existência de um risco de subsidiarização dos hospitais públicos em relação ao sector privado lucrativo como uma ameaça, transpõe-nos para a questão da necessidade de o sector adoptar uma *competição regulada*, com delimitação e clarificação das funções e áreas de intervenção do SNS, do sector social e do sector privado e equação de parcerias para questões como a gestão e financiamento.

Outra ameaça apontada pelos peritos evidencia um excessivo parque público assistencial, subaproveitado e com falta de coordenação, com implicações graves ao nível da prestação e na redução do desperdício.

**Quadro 4: Pontos fortes, fracos, oportunidade e fraquezas retirados/modificados e acrescentados**

Forças
Cultura de qualidade (Os hospitais têm hoje uma base cultural razoavelmente sustentada e crescente em matéria de qualidade)
Potenciação da mais-valia da inovação e do desenvolvimento tecnológico na formação e investigação
Existência legal de uma rede hospitalar hierarquizada e coerente
Elevado sentido de missão de muitos profissionais
Existência de um sistema avançado de prevenção (Somos dos países da Europa que melhor estamos em termos prevenção. Faz-se prevenção nestes últimos 10 anos, como nunca se fez, nas mais variadas patologias. Isto acontece pela estrutura organizativa assistencial que o país têm desde os CSP, aos hospitais que respondem melhor ou pior – Rede de cuidados hospitalares)
Fraquezas
Ausência de políticas estratégicas face ao envelhecimento populacional
Regulamentação excessiva das profissões de saúde: o profissional deve estar onde for necessário, independentemente da hora. Centralismo normativista - onde são confundidas carreiras técnico-científicas com regimes de trabalho)
Falta de avaliação de <i>resultados</i>
Processo não optimizado na perspectiva do cliente/utilizador
Ausência de responsabilização dos gestores e de uma política de consequências
Excessiva rigidez do modelo organizacional (Unicidade conceptual - O sistema de saúde deverá ser pensado com especificidades regionais)
Insuficiência de lideranças, nomeadamente clínicas
Baixa cultura de avaliação externa e interna que deverá, preferencialmente, ser realizada por entidades nacionais ou estrangeiras, de reconhecido mérito e independentes, e que tenham associado um sistema de consequências (Transparência e <i>accountability</i> com consequências).
Oportunidades
Reorganização interna da produção baseada em unidades integradas de sistema anátomo-fisiológico.
Potencial da rede hospitalar pública enquanto prestador/regulador (grande dimensão, individual ou em grupo, dos hospitais públicos para impor/modelar políticas assistências e mercados).
Criação, crescimento e consolidação dos novos actores no mercado da saúde “sector privado e social”
Organização do hospital por áreas de produção/patologia – A existência de um director clínico por hospital tem um peso ético e científico, mas tem uma responsabilização na produção. Escolhendo as pessoas adequadas para esse desempenho, com todas as auditorias que teriam que ser feitas e, em simultâneo, uma governação clínica na produção – urgência, internamento, BO, ambulatório – Um director de produção que

abarque estas 4 áreas transversalmente ao hospital. As instituições e o sistema de saúde beneficiam com directores de produção, porque hoje em dia o desenvolvimento técnico e científico a que estamos a assistir não tem especialidades e o que se trata são patologias.. Existem vários profissionais em diferentes serviços a tratar a mesma patologia, o que provoca derrapagens, um excesso de ocupação de RH e desperdício)
Potenciar a organização interna do hospital - O hospital organizado pode influenciar positivamente a qualidade da prestação, a quantidade e até a formação do preço que o Estado compra. Ou seja, se um hospital grande compra muitos exames fora ou faz em casa, tem variações de preço. Se conseguir comprar o equipamento, que me permite reduzir para 10% os exames realizados fora, é introduzido um padrão de qualidade e em que os óptimos de eficiência são mais evidentes. Não faz sentido que o conjunto dos hospitais tenha que andar a “reboque” pelas decisões comerciais de fornecedores ou até de campanhas sobre a utilização de produtos. Quando no fundo os utilizadores dos meios tecnológicos ou de consumo corrente têm tudo na mão para ditar as regras da adequação desses meios e até o preço.
Centralidade do cidadão no sistema e respectivos impactos (“Fim das paredes dos hospitais” - colocação efectiva do cidadão no centro do sistema, está relacionada com a questão dos <i>settings</i> e da articulação entre níveis de actividade. Também está relacionado com a gestão da doenças crónicas que se relaciona com os CSP - tem muito a ver com as tecnologias de informação e da reorganização da prestação dos cuidados nos hospitais)
Utilização de experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento hospitalar - Actualmente existem experiências muito bem sucedidas em diversos hospitais na área da qualidade, da eficiência, da actividade, da sustentabilidade que deveriam servir de base e incentivar uma cultura de <i>benchmarking</i> .
Contratualização estratégica garantindo autonomia técnica de gestão – O Estado comprador devo deixar elevados níveis de autonomia à gestão, deixar de ser burocrático e normativo. Dar-se-ia liberdade de organização do hospital, desde que respeite os rácios técnicos e a diferenciação profissional. Por exemplo, os PPP em Cascais, em que o Estado contratualiza resultados (taxas de infecção hospitalar acordadas, plano de qualidade garantido). Neste sentido é injusto que a rede pública não tenha o mesmo grau de autonomia). O modelo de gestão deverá ser adaptado à região ou ao tipo de cuidados prestados. Deverá existir uma contratualização estratégica, de preferência a 3 anos, validade e monitorizada anualmente e por grandes grupos de actividade assistencial - Eixo de qualidade, de segurança, de qualidade assistencial, resultados económicos, resultados financeiros – em que o estado comprador irá competir com hospitais públicos com gestão privada). A unidade base da contratualização, que estará mais próximo do que se imagina por razões de constrangimentos, é a ULS. É aqui que as estratégias são mais efectivas. Portanto, ao defender a contratualização com autonomia, estou completamente de acordo, no pressuposto de que não existe uma contratualização per capita para uma unidade territorial, obrigando os hospitais e Centros de saúde a falar
<b>Ameaças</b>
Baixo grau de autonomia da gestão
Ausência de planeamento e gestão integrada relativamente aos programas previstos no PNS
Possibilidade de falhanço geracional
Risco de insustentabilidade imediato (Pressão crescente do défice público sobre as disponibilidades financeiras da exploração)
Pressão crescente para a subsidiarização dos hospitais públicos em relação ao sector lucrativo/privado (Isto é, uma pressão grande para que os hospitais públicos sejam chamados a fazer, tendo encargos e em que não podem dirigir a sua procura, contrariamente aos hospitais privados, arriscando-se a ter uma residualidade, pois, sendo subsidiados em relação aos outros arriscam-se a fazer o que outros não querem. É mau que existam assimetrias dentro de oportunidade, de clientela dentro do sistema, porque depois os próprios mecanismos de competição não funcionam) Tem-se verificado um aumento dos hospitais privados, que atendem doentes do SNS ou dos seguros privados, mas que têm capacidade de orientar a sua procura. Nos hospitais públicos posso ter ou não uma orientação da procura (que lhes é inerentemente pedido), ou a tentação para copiar os hospitais privados em relação à orientação da procura, indo criar “buracos negros” na assistência e outras complicações. Em suma, existe um risco ou uma crescente pressão para a subsidiarização dos hospitais públicos em relação ao sector lucrativo
Excessivo parque público assistencial (grande parte dos hospitais estão em funcionamento parcial – sendo esta a grande ameaça ao sistema)
Ausência de planeamento e regulação da oferta em áreas crescentemente carecidas de recursos

A partir da matriz inicial reformulada de acordo com os itens retirados, modificados e acrescentados procedeu-se a uma votação, para identificar os 3 itens mais importantes em cada dimensão da SWOT (cfr. Quadro 4).

Os resultados encontram-se nas tabelas seguinte, tendo sido retirados aqueles que apresentavam um resultado igual a 0:

**Quadro 5: Resultados da votação dos 3 itens mais importantes em cada dimensão SWOT**

<b>Forças</b>	
Capital Humano	5
Inovação e Desenvolvimento tecnológico	4
Formação; Investigação (aquela que só é possível fazer em hospitais)	4
Existência de alguns centros de excelência e de pólos de boas práticas	3
Elevada qualificação técnica de alguns grupos profissionais	2
Elevado sentido de missão de muitos profissionais	2
Cultura de qualidade	1
<b>Fraquezas</b>	
Baixo nível de articulação e integração entre os níveis de cuidados: ULS/SLS	4
Baixo nível de articulação e integração entre os níveis de cuidados: TI (debilidade na interoperabilidade)	3

Modelo de Gestão ( <i>Clinical Governance</i> , baixa autonomia decisional, baixa capacidade de gestão clínica)	2
Escassez de resposta a necessidades de saúde emergentes (cuidados no domicílio, na comunidade)	2
Falta de avaliação de resultados	2
Ausência de responsabilização dos gestores e de uma política de consequências	2
Excessiva rigidez do modelo organizacional	2
Recursos Humanos (ausência de gestão estratégica q resulta em défices, excessos e má distribuição)	1
Dificuldade de articulação e de coordenação estratégica nos diferentes settings	1
Processos não otimizados na perspectiva do cliente utilizador	1
Insuficiência de lideranças, nomeadamente clínicas	1
<b>Oportunidades</b>	
Contratualização estratégica garantindo autonomia técnica de gestão	4
Contratualização com maior partilha de risco (maior autonomia)	3
Maior autonomia decisional (se politicamente for concedida)	3
Modernização/Reabilitação/Reestruturação do Parque Hospitalar	2
Reorganização interna da produção baseada em sistema anatófisiológico	2
Modelos inovadores de financiamento integrados com impacto no acesso e na circulação dos doentes com	1
Centralidade na Gestão da Qualidade e Segurança do Doente	1
Redesenho da Carta Hospitalar de acordo com os recursos	1
Potencial da rede hospitalar pública enquanto prestador/regulador	1
Organização do hospital por áreas de produção/patologia	1
Centralidade do cidadão no sistema e respectivos impactos	1
Utilização de experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento hospitalar	1
<b>Ameaças</b>	
Sustentabilidade económico-financeira (relacionado com o modelo do Governo)	5
Política de Recursos Humanos	2
Falência/Insucesso/Lentidão da reforma dos CSP e CCI (estes falham e originam aumento das urgências)	2
Carência no mercado, a curto/médio prazo, de alguns tipos de profissionais	2
Ausência de planeamento e GI relativamente aos programas no PNS	2
Pressão crescente para subsidiarização dos hospitais públicos face ao sector lucrativo	2
Ausência de planeamento e da oferta em áreas de crescentemente carenciadas de recursos	2
Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades	1
Baixo grau de autonomia da gestão	1
Possibilidade de falhanço geracional	1
Excessivo parque público assistencial	1

Do exercício de priorização resultou para cada uma das dimensões da SWOT:

#### Quadro 6: Resultados da priorização SWOT

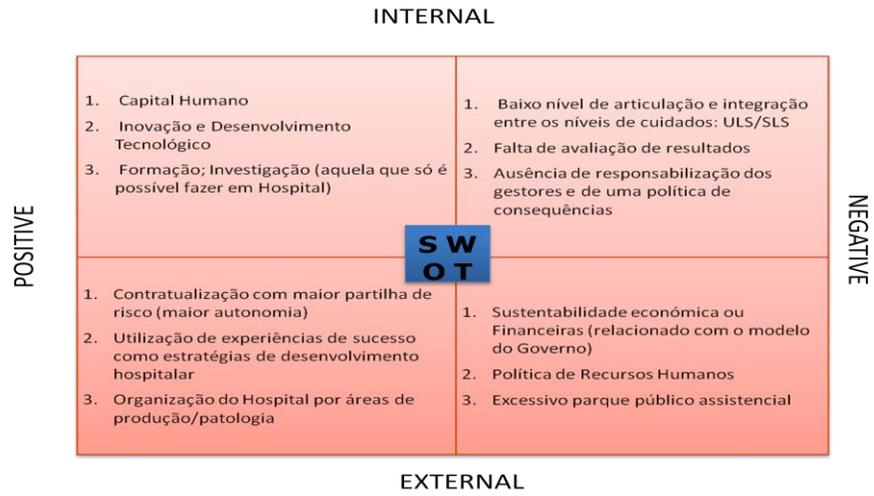
<b>Forças</b>	
Capital Humano	19
Inovação e Desenvolvimento tecnológico	22
Formação; Investigação (aquela que só é possível fazer em hospitais)	26
Elevada qualificação técnica de alguns grupos profissionais	27
Elevado sentido de missão de muitos profissionais	32
Existência de alguns centros de excelência e de pólos de boas práticas	34
Cultura de qualidade	36
<b>Fraquezas</b>	
Baixo nível de articulação e integração entre os níveis de cuidados: ULS/SLS	21
Falta de avaliação de resultados	26
Ausência de responsabilização dos gestores e de uma política de consequências	28
Modelo de Gestão ( <i>Clinical Governance</i> , baixa autonomia decisional, baixa capacidade de gestão clínica)	34
Escassez de resposta a necessidades de saúde emergentes (cuidados no domicílio, na comunidade)	35
Baixo nível de articulação e integração entre os níveis de cuidados: TI (debilidade na interoperabilidade)	38
Excessiva rigidez do modelo organizacional	51

Insuficiência de lideranças, nomeadamente clínicas	55
Processos não otimizados na perspectiva do cliente utilizador	55
Recursos Humanos (ausência de gestão estratégica q resulta em défices, excessos e má-distribuição)	57
Dificuldade de articulação e de coordenação estratégica nos diferentes <i>settings</i>	62
<b>Oportunidades</b>	
Contratualização com maior partilha de risco (maior autonomia)	34
Utilização de experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento hospitalar	34
Organização do hospital por áreas de produção/patologia	36
Contratualização estratégica garantindo autonomia técnica de gestão	38
Centralidade do cidadão no sistema e respectivos impactos	43
Maior autonomia decisional (se politicamente for concedida)	45
Potencial da rede hospitalar pública enquanto prestador/regulador	45
Modelos inovadores de financiamento integrados com impacto no acesso e na circulação dos doentes com	51
Reorganização interna da produção baseada em sistema anatófisiológico	51
Centralidade na Gestão da Qualidade e Segurança do Doente	52
Redesenho da Carta Hospitalar de acordo com os recurso	55
Modernização/Reabilitação/Reestruturação do Parque Hospitalar	62
<b>Ameaças</b>	
Sustentabilidade económico-financeira (relacionado com o modelo do Governo)	30
Política de Recursos Humanos	31
Excessivo parque público assistencial	36
Ausência de planeamento e da oferta em áreas de crescentemente carenciadas de recursos	37
Baixo grau de autonomia da gestão	37
Desmotivação progressiva dos profissionais de saúde e insensibilidade crescente às necessidades, exp	42
Falência/Insucesso/Lentidão da reforma dos CSP e CCI (estes falham e originam aumento das urgências)	43
Possibilidade de falhanço geracional	44
Carência no mercado, a curto/médio prazo, de alguns tipos de profissionais	46
Pressão crescente para subsidiarização dos hospitais públicos face ao sector lucrativo	57
Ausência de planeamento e GI relativamente aos programas no PNS	59

### III – Votação e Priorização

- No seguimento da identificação, mediante votação, dos três itens mais importantes em cada uma das dimensões de análise, seguida de uma fase de priorização, surgiu, como resultado final, uma matriz SWOT, a qual constituiu o ponto de partida para a reflexão crítica que se impunha realizar

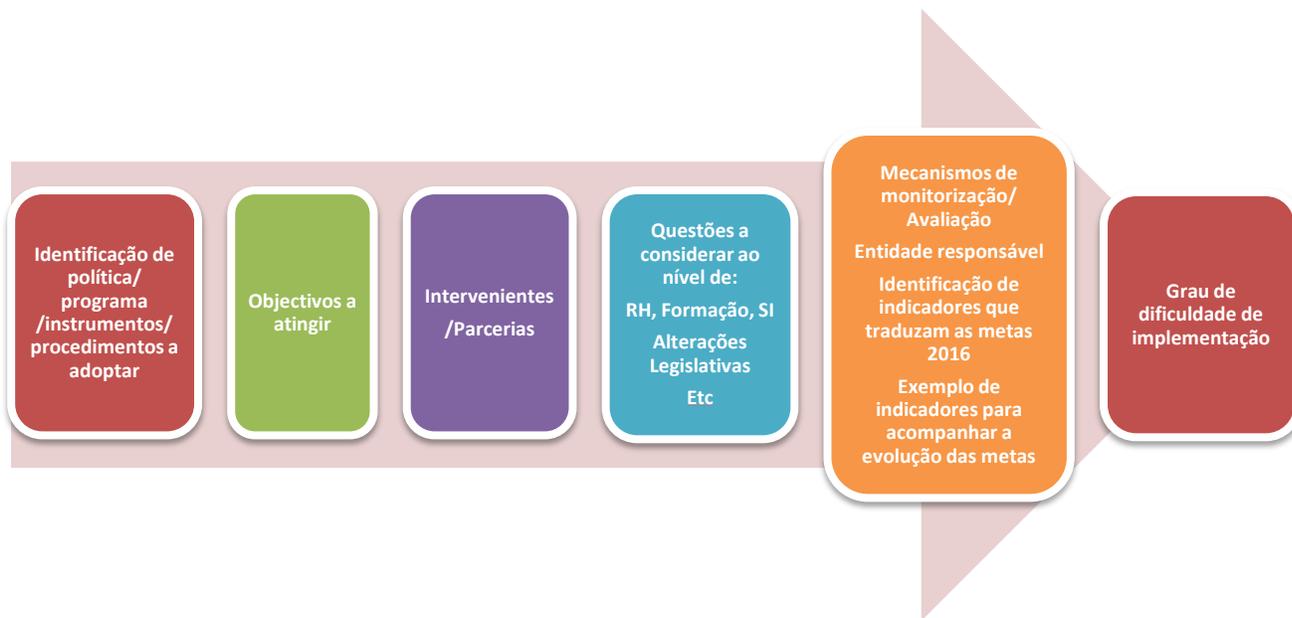
Figura 11: Matriz SWOT Final



### ANEXO III: TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL - RECOMENDAÇÕES

Para que o mesmo painel de peritos pudesse contribuir para delinear as recomendações finais e delinear uma visão de futuro dos CSH, foi solicitado que respondessem a um conjunto de questões, considerando as áreas infra descritas.

Figura 12: Estrutura de apresentação de recomendações para a TGN



Assim, esta fase foi operacionalizada pedindo ao grupo de peritos que reflectisse individualmente durante 30 minutos, com vista à elaboração da recomendação (uma por participante) com as suas diferentes componentes (cfr. grelha de análise) e, simultaneamente disponibilizamos a PDA para a introdução de respostas que surgem apresentadas sob a forma de questionário (cfr. Fig. 13).

Para facilitar e agilizar a ordem de trabalhos, o questionário foi disponibilizado antecipadamente *online* para preparação prévia da proposta de recomendação.

Figura 13: Questionário para a elaboração de recomendações

1. Elabore uma recomendação que no contexto dos CSH contribua para potenciar ganhos de saúde (acesso, qualidade e desempenho)

2. Identifique os objectivos que visa atingir com a mesma

3. Enuncie quais os intervenientes, parcerias e interfaces envolvidos para a sua implementação

4. Explícite outras medidas a ter em conta na implementação da recomendação, considerando, entre outros:

- Recursos humanos, formação, sistemas de informação, alterações legais, etc.

5. Que mecanismos de monitorização e avaliação devem ser considerados para a boa implementação da recomendação, considerando:

- Intervenientes, entidades responsáveis, instrumentos de influência e de responsabilização (*accountability*)
- Meta (s) para 2016 traduzida (s) em indicador (es)
- Indicadores de processo e de estrutura intermédios para acompanhar a evolução dos indicadores com metas para 2016.

6. Numa escala de 1 a 5, indique o grau de dificuldade de implementação da recomendação

- 1 = fácil - 5=difícil

7. Indique o tempo de implementação da recomendação (Visão 2011-2016)

- 1 a 5 anos

## ANEXO IV: ESTUDOS E RECOMENDAÇÕES QUE ALICERCAM AS DIFERENTES RECOMENDAÇÕES

### PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS E COOPERAÇÃO INTERSECTORIAL

#### ESTUDOS E RECOMENDAÇÕES QUE ALICERCAM ESTA RECOMENDAÇÃO:

De acordo com Delgado (2009), a continuidade dos cuidados e a celeridade nos procedimentos clínicos, dependem muito do modo como se transfere o doente de um nível de cuidados para o outro, pelo que devem ser definidas regras base de referenciação que identifiquem quais os dados a ser objecto de informação e o respectivo detalhe, sendo esta referenciação essencial, no momento da admissão, da alta para domicilio ou para a RNCCI. Assim, deverão ser criadas novas diferenciações, especificamente nas áreas de interface entre os diversos tipos de cuidados (como, por exemplo, o gestor de doença ou o gestor de caso), bem como integrar outras profissões em novas funções (como, por exemplo, psicólogos especialistas na gestão de comportamentos) (Santana e Vaz, 2009).

No sentido de reforçar a intersectorialidade deverão ser desenvolvidos esforços na área da reabilitação, cuidados pós-alta para evitar reinternamentos, cuidados paliativos para doentes terminais (com menos de um ano de esperança de vida), bem como o recrutamento e envolvimento activo dos doentes e familiares como fonte de inovação, especialmente na coordenação entre cuidados primários e cuidados hospitalares (Wallace, 2009b). Deverá ser obtido o input dos doentes, através de inquéritos e grupos de discussão, os quais poderão gerar novas ideias e abordagens não evidentes para os prestadores de saúde ou outros actores do sistema (Wallace, 2009b).

Um processo de referenciação eficiente em Portugal permitiria a obtenção de ganhos de poupança significativos em despesas e recursos humanos e melhores níveis de qualidade (Ponte et al., 2006). Os mesmos autores citam outros estudos no mesmo sentido: O *Royal College of General Practitioners* (2002) indica, como critérios para definir padrões de qualidade da prática de Medicina Geral e Familiar no Reino Unido, que as referenciações para outros níveis de prestação de cuidados sejam acompanhadas da informação necessária ao especialista hospitalar para avaliação eficiente do problema do doente. Em relação à continuidade de cuidados, considera necessário para a revalidação da certificação dos médicos de família, a demonstração da existência de uma política de encorajamento de continuidade de cuidados, nomeadamente pela verificação de um sistema de transferência e de tratamento da informação proveniente de outros médicos, acerca dos seus doentes; Segundo *Granja Romero et al.* (2004), a descontinuidade de cuidados entre os CSP e restantes níveis de cuidados gera uma utilização ineficiente dos recursos que, na área da consulta externa, influencia o aparecimento das listas de espera.

Neste contexto, no seu novo papel, o hospital deve funcionar como reserva dando-se prioridade aos outros níveis de prestadores de cuidados de saúde, sobretudo, aqueles de menor dimensão, que funcionem junto das populações e que estejam ligados em rede entre si e com os hospitais. Também, um maior relevo deve ser dado à medicina preventiva, passando-se de uma lógica de tratar quem chega para prevenir e evitar. A

par de uma maior ênfase nos *outputs* (e não nas admissões) considera-se necessário repensar a estrutura interna do hospital e o tradicional modelo assente no serviço de especialidade como célula base do hospital, acentuando-se a necessidade de multidisciplinaridade permanente (Estorninho (2008).

A *Irish Medical Organisation* (IMO, 2009) emitiu um conjunto de recomendações relacionadas com a afectação de recursos e financiamento no sector da saúde irlandês, por ter constatado, em estudo recente, falhas ao nível do investimento nas organizações de saúde, designadamente, nos CSP, na comunidade e de cuidados de longa duração.

Os mesmos autores referem o estudo *Acute Hospital Bed Capacity Review* (2007), onde se conclui que 39% dos doentes internados inquiridos poderiam ter sido tratados num *setting* mais adequado. As principais alternativas identificadas foram: a avaliação do acesso/diagnósticos sem admissão por doença aguda, os cuidados domiciliários, incluindo o apoio do GP, terapia, cuidados de enfermagem especializada, cuidados de enfermagem domiciliários e “pacotes de cuidados domiciliários” e, ainda, o acesso a camas de ambulatório com apoio de terapia (*Acute Hospital Bed Capacity Review*, 2007).

No âmbito dos CSP, o grupo de peritos recomenda um aumento da capacidade de prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade, com reforço das equipas multidisciplinares dos CSP (GP, enfermeiros, psicoterapeutas, entre outros). É estimado que 90 a 95% das necessidades de serviços sociais pessoais e de saúde possam ser atendidas em *settings* nos CSP e nos de longa duração (*Acute Hospital Bed Capacity Review*, 2007).

No entanto, esta transferência dos CSH para os CSP não será bem sucedida se não se verificar um investimento nos RH e infra-estruturas nestes níveis de cuidados (*Ireland. IMO*, 2009).

No estudo *Acute Hospital Bed Capacity Review* (2007) apurou-se, ainda, que as camas médicas e cirúrgicas são ocupadas por doentes que ficam internados, pelo menos, 18 dias. Além disso, 29% destas camas estão ocupadas por doentes que ficaram internados, pelo menos, 30 dias. Neste sentido, as recomendações dirigem-se para a transferência dos doentes dos cuidados agudos para *settings* na comunidade de cuidados de reabilitação, de longa duração ou paliativos, bem como deverá ser baseada nas necessidades destes e não na limitação dos recursos. A falha no fluxo do doente, num quadro de dependência, originará um aumento dos custos e reduzirá a eficiência.

No âmbito da sustentabilidade, o grupo de peritos refere que os doentes crónicos requerem a prestação de cuidados de um vasto grupo de profissionais de saúde, juntamente com o auto-cuidado e a participação de cuidadores informais (família e outros). Muitas vezes a maioria dos cuidados é prestado no domicílio, havendo uma transferência para *settings* de cuidados de agudos ou de longa duração por intervalos de tempo. Assim, foi concluído que a gestão da doença crónica necessita de uma integração dos serviços de prestação de cuidados de saúde, devendo ser reforçada a comunicação entre serviços e desenvolvidos

sistemas organizacionais e de registos de saúde electrónicos para uma transferência dos doentes mais eficiente.

No Reino Unido é utilizado um modelo de integração o “*Hospital at Home*” dirigido aos doentes que recuperaram da fase aguda. Os gestores de cuidados hospitalares introduziram também “pacotes” de cuidados sociais, os quais são financiados pelo NHS. Estes “pacotes” poderão permitir prestar apoio social, intervenções terapêuticas, designadamente, de fisioterapia ou serviços de enfermagem baseados na comunidade, sendo definidos em conjunto com os profissionais de saúde, os doentes e prestadores, após avaliação conjunta. Os esquemas geralmente têm uma duração entre 2 a 6 semanas (Coxon et al. 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

Na Dinamarca é utilizado como modelo de integração um sistema de visitas preventivas que se destinam a doentes com mais de 75 anos. Todas as autoridades dinamarquesas são obrigadas a providenciar profissionais de saúde ou assistentes sociais para que sejam efectuadas, pelo menos, duas visitas domiciliárias por ano a estes cidadãos. O objectivo destas visitas é apenas preventivo, de modo a minimizar os riscos de quedas, isolamento social, suicídio, acidentes rodoviários e melhorar as actividades físicas (Colmorten et al. 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

Um outro modelo de integração, destinado aos doentes idosos, na Dinamarca, assenta nas *Acute Rooms*, as quais estão inseridas em *nursing homes* ou centros para idosos. As *Acute Rooms* visam permitir uma alternativa ao internamento hospitalar para os doentes que não necessitam de cuidados especializados, mas sofrem de doenças agudas, como por exemplo, a pneumonia. Este *setting* também possibilita que os doentes permaneçam na sua comunidade local, perto de amigos e familiares. Tipicamente, os doentes preferem ser tratados por profissionais que lhe sejam familiares. Neste modelo os GP assumem a responsabilidade pelas *Acute Rooms*, porém a referenciação e o tratamento é coordenado por especialistas do hospital e serviços de emergência e por unidades de cuidado social (*social care units*). O grande desafio deste modelo passa por garantir que a qualidade do cuidado é equivalente ao prestado no hospital (Colmorten et al. 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

Em Itália surgiu o conceito da *Working Unit for Continuous Care* (WUCC), também direccionada para os doentes idosos. Este modelo de integração implementado na região de *Alto Vicentino* consiste numa unidade de avaliação geriátrica, organizada no seio dos hospitais locais. As WUCC têm como objectivo garantir que a alta hospitalar dos doentes idosos é organizada de modo a prestar cuidados de saúde e sociais contínuos e integrados. Esta unidade inclui como profissionais uma enfermeira, um fisioterapeuta, bem como a assistente social integrada no hospital, a qual faz a ligação entre o prestador e os assistentes sociais externos, de modo a que seja preparada e planeada a alta do doente (Nesti et al. 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006)

Um outro exemplo, surge no Reino Unido através das *Community Assessment and Rehabilitation Teams* (CART), que se destinam a identificar todos os doentes em risco de internamento hospitalar. Este modelo de integração inclui uma equipa multidisciplinar, baseada num único local, que é responsável pelas avaliações dos doentes, antes da admissão e depois da alta, seguindo as referências de ambos os hospitais e organizações com cuidados baseados na comunidade. As CART visam intervir antes de ser alcançado o ponto crítico, que requer internamento hospitalar, da condição do doente. Este procedimento reduz o sofrimento do doente e o custo do tratamento hospitalar. Estas equipas incluem enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, entre outros profissionais.

Note-se que normalmente as CART são financiadas por orçamentos dos cuidados de saúde e sociais e são geridas pelo NHS ou pelos serviços sociais (Coxon K et al. 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

Ainda na Dinamarca, destacam-se as Equipas de Geriatria, direccionadas para os mais idosos. Alguns hospitais dinamarqueses destacaram equipas multidisciplinares de geriatria para efectuar visitas a estes doentes após a alta hospitalar. Estas equipas garantem um tratamento e acompanhamento coerente e a possibilidade dos doentes poderem optar pelo tratamento no seu domicílio, minimizando, deste modo, a probabilidade de acontecer uma readmissão. Como profissionais envolvidos nestas equipas, estão incluídos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais, pertencentes aos diversos departamentos do hospital.

Assinala-se que em alguns municípios (*municipalities*), a utilização destas Equipas de Geriatria originou um aumento dos cuidados domiciliários, centros de dia e de serviços de transportes e apoio domiciliário (refeições), à medida que as equipas de geriatria identificaram as necessidades do doente, que não foram detectadas numa fase inicial (Colmorton, E et al., 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

#### OUTROS ESTUDOS RELEVANTES:

BRAMMER, C. – Delivery system design and payment policy for improved coordination of care. [Em linha]. Washington, DC : American College of Mental Health Administration, August 11, 2008. (Policy Incubator Series). [Consult. 20-04-2009]. Disponível em [http://www.acmha.org/content/events/critical/Brammer\\_ACMHA\\_Delivery\\_System\\_Design.pdf](http://www.acmha.org/content/events/critical/Brammer_ACMHA_Delivery_System_Design.pdf).

ENTHOVEN, A. – Integrated delivery systems : the cure for fragmentation. [Em linha]. *American Journal of Managed Care*. 15 (2009) S284-S290. [Consult. 27 Março 2010]. Disponível em [http://www.ajmc.com/media/pdf/A264\\_09dec\\_EnthovenS284to290.pdf](http://www.ajmc.com/media/pdf/A264_09dec_EnthovenS284to290.pdf).

GLASBY, J. – Integrated care in a cold climate [editorial]. [Em linha]. *International Journal of Integrated Care*. 10 : 21 (January 2010) 1. [Consult. 27 Março 2010]. Disponível em <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewFile/505/1009>.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A. – Comparing integrated care policy in Europe : does policy matter? *Health Policy*. 85 : 2 (Feb 2008) 172-183.

REDDY, S.; SABATINO, S. – Synthesis of literature on care coordination. In ABIM FOUNDATION SUMMER FORUM, New Mexico, 4-7 August 2007 – Coordination of care : missed opportunity? Philadelphia, PA : ABIM Foundation, 2007.

STAMPA, M. et al. – Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France : a bottom-up process with continuous leadership. [Em linha]. *International Journal of Integrated Care*. 10 : 18 (February 2010). [Consult. 27 Março 2010]. Disponível em <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewFile/506/1011>.

#### **PARA A GARANTIA DA SUSTENTABILIDADE**

##### **ESTUDOS E RECOMENDAÇÕES DE SUPORTE:**

A contratualização estratégica de serviços é considerada um instrumento chave para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde. Em teoria, está associada a um conjunto de funções com potencialidades para aumentar a eficiência das instituições e a efectividade dos cuidados prestados. Contudo, a actual contratação enfrenta ainda alguns desafios: a adopção de uma perspectiva efectivamente estratégica, a identificação de mecanismos mais efectivos e a medição do impacto global da contratação nos sistemas de saúde, por não existirem indicadores específicos para o efeito (Figueras, J., Robinson, R. e Jakubowski, E., 2005).

Sendo certo que o acesso e a equidade continuarão a ser considerados características essenciais dos sistemas de saúde, constituem-se igualmente como objectivos insuficientes em termos de melhoria da qualidade e de obtenção de sustentabilidade financeira. Desta forma, o valor criado pelo sistema deve ser analisado como um todo, numa perspectiva multidimensional e ser continuamente melhorado. Ou seja, por cada euro gasto devem ser colmatadas mais necessidades em saúde (Teperi et al, 2009).

*Douglas e Brooks* (2007) referem em estudo recente tendente à justificação da necessidade de alterações na forma de actuação dos hospitais que, em parte devido a barreiras políticas, o SNS britânico não está a obter os melhores resultados da sua reconfiguração em termos de promoção da qualidade e acesso aos cuidados e nem sequer está a obter a necessária confiança pública para o processo de mudança. Nessa medida, os hospitais devem contribuir para promover a saúde reduzindo as iniquidades, como parte do sistema de saúde na sua globalidade, promovendo melhores resultados ao nível do tratamento e aplicando a tecnologia e o conhecimento onde é necessário. Necessitam, igualmente de operar de forma efectiva e eficiente, no sentido de assegurar o óptimo benefício dos recursos finitos. O sistema de saúde necessita de ser sustentável para enfrentar as necessidades do futuro e o hospital continuará a desempenhar um papel fundamental, mas contudo diferente, como promotor da saúde e necessariamente contribuindo para a redução das iniquidades.

Desde o início dos anos 80, muitos países têm tentado diminuir a sua capacidade hospitalar, transferindo os cuidados de saúde para meios alternativos. Cada vez mais os hospitais são direccionados para o tratamento dos cuidados agudos, de curta duração, admitindo apenas emergências, ou seja, pessoas que necessitam de cuidados intensivos, por parte da equipa médica ou de enfermagem, ou de um diagnóstico ou tratamento mais sofisticados (Mckee e Healy, 2002a). A necessidade dos hospitais se adaptarem internamente a estas novas circunstâncias não configura uma tarefa fácil, envolvendo decisões e dinâmicas de elevada complexidade, pelo que os autores salientam a necessidade de procurar evidência científica sobre as estratégias mais viáveis para melhorar o desempenho hospitalar e recorrer ao benchmarking comparando experiências de outros países.

Neste mesmo sentido, é sobejamente reconhecido que a centralização nos cuidados hospitalares implica custos consideráveis em termos de medicação e iatrogenia desnecessárias, comprometendo as dimensões humana e social da saúde, pelo que, desde os anos 80, a maioria dos países da OCDE têm tentado diminuir a sua dependência nos especialistas e tecnologias hospitalares e manter os custos sob controlo, intervindo na oferta disponível, incluindo, mas não limitado, à diminuição de camas hospitalares, substituição da hospitalização por cuidados domiciliários, racionalização de equipamentos médicos e um grande número de incentivos e desincentivos financeiros para promover a eficiência ao nível micro. Os resultados destes esforços têm sido diversos, mas a constante evolução da tecnologia está a acelerar a mudança dos cuidados prestados no hospital especializado para os cuidados de saúde primários (OMS. ACS, 2008).

*Deegan et al., 2006* referem, face aos actuais desafios dos hospitais do *NHS*, que a introdução do “*Payment by results*” e do “*practice based commissioning*”, a consagração da liberdade de escolha do prestador pelos utilizadores, a competição entre prestadores, bem como a necessidade de melhorar a integração de serviços e a continuidade de cuidados, são factores que irão criar pressões importantes no sentido de promover mudanças nos actuais modelos de prestação de serviços e na forma de distribuição de recursos (*Money follows the patients*).

Segundo *Farrington-Douglas e Brooks (2007)*, apesar de ser inegável a importância dos hospitais na redução da mortalidade em situações de risco de vida e na melhoria da funcionalidade e qualidade de vida, um sistema de saúde hospitalocêntrico pode conduzir a um excesso de intervenções médicas à custa de acções na área da saúde pública e dos CSP. *Mechanic* cit. por *Farrington-Douglas e Brooks, 2007*, afirma que os gastos em políticas para a promoção da saúde, por exemplo anti-tabágicas, podem ter um impacto mais significativo na saúde da comunidade.

No Reino Unido, foi idealizado o modelo de integração *Rapid Response Teams*, o qual tem como população-alvo os doentes idosos. A referenciação para as Equipas de Resposta Rápida (ERR) ocorre tipicamente a partir dos profissionais A&E (*accident and emergency*), GP ou de outros recursos na comunidade. Posteriormente, é efectuada uma avaliação rápida e o cuidado de saúde ou social é prestado

no domicílio do doente. A Equipas de Resposta rápida têm como objectivo prevenir as admissões dos idosos nos hospitais ou *nursing homes* e incluem como profissionais assistentes sociais e enfermeiros (Coxon, 2000 cit. por Lloyd e Wait, 2006) Após a intervenção da EER, que tipicamente tem uma duração entre 2 a 6 semanas, a responsabilidade pelo financiamento e prestação de cuidados volta a ser da responsabilidade dos serviços de saúde ou sociais baseados na comunidade. *Lloyd e Wait* (2006) referem que nesta fase é necessária uma nova avaliação e intervenção, facto que poderá implicar alguma complexidade no sistema e fragilizar o trabalho conjunto.

Um outro modelo de integração *Single Assessment Process*, também no Reino Unido, passa pela utilização, por parte dos profissionais de cuidados de saúde e sociais, de um único processo de avaliação, o qual tem como objectivo, evitar os custos de armazenamento de informação desnecessária e avaliações duplicadas, que estão associadas a procedimentos de avaliação de cuidados múltiplos.

*Lloyd e Wait* (2006) notam que, existem algumas barreiras ao nível das tecnologias de informação que se revelam fracas, do desenvolvimento de uma base de dados universal e algumas questões culturais entre os profissionais envolvidos. Adicionalmente, os mesmos autores também assinalam questão da confidencialidade do doente, pois o esquema requer o fluxo e partilha da informação do mesmo (Coxon et al., 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

Na Dinamarca foi concebido um modelo de integração, designado *MedCom*, que teve como objectivo desenvolver procedimentos e standards de âmbito nacional, para a comunicação, considerada fundamental, entre prestadores dos cuidados de saúde e sociais. Foram desenvolvidos normas de referência e cartas de alta *standardizadas*, requisições de exames laboratoriais, resultados e prescrições. A primeira fase do *MedCom*, focou-se na comunicação do hospital com as municipalidades locais (*local municipalities*) e, a segunda fase, focou-se na comunicação das unidades de cuidados de saúde e sociais locais (*local health and social care units*) com os hospitais. Este modelo tem como objectivo ultrapassar os problemas de comunicação, entre as unidades de cuidados sociais e os hospitais, GP e outros prestadores de saúde, que podem transformar-se numa barreira para a prestação de serviços integrados, no que concerne à admissão e alta do hospital (Colmorton et al., 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

#### OUTROS ESTUDOS RELEVANTES:

ADAMS, O. ; HICKS, V. – Pay and non-pay incentives, performance and motivation. In WHO MEETING GLOBAL HEALTH WORKFORCE STRATEGY GROUP, Annecy, France, December 9–12, 2000. Geneva : World Health Organization, 2000. [Consult. 7 Março 2010]. Disponível em <http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj11/pdf11/Pay43.pdf>.

ALWAN, A. ; HORNBY, P. – The implications of health sector reform for human resources development. *Bulletin of the WHO*. 80 : 1 (2002) 56-60.

BACH, S – HR and new approaches to public sector management : improving HRM capacity. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2001. Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group. [Consult. 27 Março 2010]. Disponível em [http://www.who.int/hrh/en/Improving\\_hrm\\_capacity.pdf](http://www.who.int/hrh/en/Improving_hrm_capacity.pdf).

BENNET, S. ; FRANCO, L.M. – Public sector health worker motivation and health sector reform : a conceptual framework. [Em linha]. Bethesda, MD : ABT Associates. Partnerships for Health Care Reform, 1999. [Consult. 25 Março 2010]. Disponível em [www.healthsystems2020.org/files/968\\_file\\_m5tp1.pdf](http://www.healthsystems2020.org/files/968_file_m5tp1.pdf).

BISCOE, G. – Human resources : the political and policy context. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2001. Prepared for the Global Workforce Strategy Group. [Consult. 25 Junho 2010]. Disponível em <http://www.who.int/hrh/documents/en/HR-policy.pdf>.

CHERCHIGLIA, M. – Formas de pagamento e prática médica : teoria e evidências empíricas. [Em linha]. Washington, DC : Pan American Health Organization. World Health Organization, 2002. [Consult. 25 Junho 2010]. Disponível em [http://www.paho.org/Portuguese/HSP/HSR/HSR01/sistpago\\_practmed\\_port.pdf](http://www.paho.org/Portuguese/HSP/HSR/HSR01/sistpago_practmed_port.pdf).

CHERCHIGLIA, M. – Terceirização do trabalho nos serviços de saúde : alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In LIMA, J. C. ; SANTANA, J. P., ed. lit. – Especialização em desenvolvimento de recursos humanos em saúde. [Em linha]. Washington, DC : Pan American Health Organization. World Health Organization, 1999. 367-385. [Consult. 25 Março 2010]. Disponível em [http://observatorio\\_rh.tripod.com/observatorio-rh/id5.html](http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id5.html).

CHOW-CHUA, C. ; GOH, M. – Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals. *Managing Service Quality*. 12 : 1 (2002) 54-66. DOI: 10.1108/09604520210415399.

DÖSLER, S. - Facilitating Cross-National Comparisons Of Indicators For Patient Safety At The Health-System Level In The OECD countries. [Em linha]. Paris : Organisation de Coopération et de Développement Économiques Organisation for Economic Co-operation and Development, 07-Apr-2008. [Consult. 5 Outubro 2010]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/24/48/40401929.pdf>

DUSSAULT, G. ; DUBOIS, C. – Human resources for health policies : a critical component in health policies. [Em linha]. Washington, DC : The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 2005. (Discussion Paper Series. Health, Nutrition, and Population Family). [Consult. 25 Março 2010]. Disponível em <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultDuboisHRHealthPolicies.pdf>.

ENS, C.D. et al. – Access to hospice care : multi-professional specialist perspectives in South Africa. *International Journal of Palliative Nursing*. 14 : 4 (Apr 2008) 169-174.

FRANCO, L.M. ; BENNETT, S. ; KANFER, R. – Health reform and public sector health worker motivation : a conceptual framework. *Social Science and Medicine*. 54 (2002) 1255-1266.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – Terms of employment and working conditions in health sector reforms : report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions on Health Sector Reforms. [Em linha]. Geneva : ILO, 1998. [Consult. 22 Março 2010]. Disponível em <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsrr.htm>.

KOLEHMAINEN-AITKEN, R.L. – Decentralization and human resources : implications and impact. [Em linha]. *Human Resources for Health Development Journal*. 2 : 1 (1998) 1-29. [Consult. 28 Maio 2010]. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/plg02009.pdf>.

MARTINEAU, T. ; BUCHAN, J. – Human resources and the success of health sector reform. [Em linha]. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)*. 4 : 3 (2000) 174-183. [Consult. 20 Fevereiro 2010]. Disponível em [http://www.who.int/hrh/en/HRDJ\\_4\\_3\\_05.pdf](http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_3_05.pdf).

MARTINEAU, T.; MARTÍNEZ, J. – Human resources in the health sector : guidelines for appraisal and strategic development. Brussels : European Commission, 1997. (Health and Development Series. Working Paper; 1).

MARTÍNEZ, J. ; MARTINEAU, T. – Re-thinking human resources : an agenda for the millennium. *Health Policy and Planning*. 13 (1998) 345-358.

RIGOLI, F.; DUSSAULT, G. – The interface between health sector reform and human resources in health. [Em linha]. *Human Resources for Health*. 1 : 9 (2003) doi:10.1186/1478-4491-1-9. [Consult. 27 Fevereiro 2010]. Disponível em <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>.

SEGALL, M. – From cooperation to competition in national health systems - and back? : impact on professional ethics and quality of care. *International Journal of Health Planning and Management*. 15 : 1 (2000) 61-79.

THOMSON, S. et al. – Addressing financial sustainability in health systems : background policy document prepared for the Czech presidency of the European Union conference on the financial sustainability of health systems in Europe. [Em linha]. Copenhagen : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health systems and Policies, 2009. [Consult. 20 March 2010]. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/76041/E93058.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/76041/E93058.pdf).

UK. NHS – The NHS Plan : a plan for investment, a plan for reform. [Em linha]. London : Secretary of State for Health, 2000. [Consult. 20 Fevereiro 2010]. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4002960](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960).

WOODWARD, C. – Improving provider skills. In WHO – Strategies for assisting health workers to modify and improve skills : developing quality health care : a process change. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2000. WHO/EIP/OSD/00.1. [Consult. 20 Fevereiro 2010]. Disponível em [http://www.who.int/hrh/documents/en/improve\\_skills.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/improve_skills.pdf).

## PARA A MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE

### ESTUDOS E RECOMENDAÇÕES DE SUPORTE:

---

Os membros da *Kaiser* têm acesso a um portal da internet que lhes permite participar activamente na gestão da sua saúde. Este portal permite um fortalecimento da relação entre os beneficiários e o prestador (Wallace, 2009b).

No âmbito das orientações para especificação funcional e técnica do sistema do RSE, está prevista a garantia de informação que dará resposta às necessidades de informação por parte dos cidadãos (quanto ao resumo do seu estado de saúde) (PORTUGAL. MS. ACSS. GTRSE, 2009a).

*Pan et al.* (2006), sugerem que os serviços de saúde baseados na comunidade devem ser ajustados de acordo com os requisitos da reforma da saúde e considerando as necessidades da população.

Um estudo australiano refere que, uma contratação de recursos humanos para os serviços de saúde nas áreas rurais não pode ser sustentável se não se verificar uma efectiva redução do acesso aos cuidados de emergência (Sullivan, Francis e Hegney, 2008).

De acordo com Campos (2009), os hospitais devem assumir e implementar os princípios da governação clínica e da *corporate governance* para que a qualidade dos cuidados, incluindo a segurança dos doentes e o combate ao desperdício, seja uma preocupação e uma responsabilidade partilhada entre os profissionais de saúde, gestores e políticos.

*Sakellarides* (2009) afirma que o desenvolvimento da governação clínica é de uma importância crítica para a reforma hospitalar em Portugal. O mesmo autor também recomenda a transição da gestão de serviços para a gestão dos processos de cuidados de saúde, reiterando que a gestão de informação referente aos diferentes serviços a que cada doente tem acesso ao longo do seu processo de cuidados, constitui um requisito importante para a governação clínica de qualidade.

Neste âmbito, deve ainda ser feito um forte investimento, por parte do SNS, na elaboração e implementação das NOC, enquanto instrumento de apoio aos profissionais de saúde/doente na tomada de decisões sobre intervenções ou cuidados de saúde e na criação de uma instituição independente que escreva e produza, baseada na melhor evidência científica, implemente e dissemine no terreno.

No modelo da *Kaiser*, 27% dos seus membros possuem uma ou mais doenças crónicas (representando 64% dos seus custos), pelo que, em 1997, criaram o *Care Management Institute* (CMI), com vista à melhoria dos ganhos em saúde através da implementação e avaliação de programas de saúde custo-

efectivos, orientados para a população, baseados na evidência. A Kaiser foca-se em nove áreas clínicas prioritárias, com *guidelines* baseadas na evidência e com programas de gestão dos cuidados prestados à população, criados e divulgados pelo CMI. Estas áreas clínicas são: asma; dor crónica; doença coronária; depressão; diabetes; cuidados geriátricos; enfarte do miocárdio; obesidade e auto cuidados (Wallace, 2009b).

*Taylor et al.* (2009), efectuarem uma revisão sistemática de literatura sobre a relação da qualidade do cuidado institucional em pessoas com problemas de saúde mental de longa duração, tendo concluído que devem existir linhas claras de *clinical governance* que garantam a aderência a *guidelines* baseadas na evidência, devendo ser monitorizada regularmente a saúde física destes doentes.

*Finocchiaro et al.* (2009) afirmam que, as organizações de saúde devem procurar obter um desempenho clínico adequado e eficiente, devendo para isso procurar uma melhoria contínua da qualidade através da *clinical governance*. Deste modo, as organizações, os profissionais e os doentes poderão beneficiar dos resultados da mudança.

*Mitchell et al.* (2008), sugerem que um processo de revisão clínica, multidisciplinar e robusto, com forte ligação aos gestores e decisores políticos, pode influenciar a resposta de uma organização face aos efeitos adversos no doente e suportar uma estrutura de *clinical governance*.

*Degeling et al.*, 2004, apelam ao reconhecimento do papel central dos clínicos no desenho, prestação e melhoria dos cuidados, para que médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e gestores sejam apoiados e encorajados a aceitar as inter-conexões entre a dimensão clínica e os recursos, a reconhecer a necessidade de equilíbrio entre a autonomia e a prestação de resultados, a apoiar a sistematização do trabalho clínico e a subscrever a partilha de poder de abordagens de trabalho clínico mais integradas e baseadas em equipas.

Na Holanda, foi criado um modelo de integração designado “*One Window Model*” para ser utilizado pelos “utilizadores” dos serviços de cuidados de saúde e sociais. Este modelo consiste num ponto de acesso para aconselhamento, informação e apoio sobre utilização dos serviços de cuidados de saúde e sociais, usualmente localizados em pequenos centros comunitários. Adicionalmente, foram também implementadas linhas telefónicas e electrónicas - “*Telephone Windows*” e “*Electronic Windows*”.

O “*One Window Model*” tem como objectivo, permitir que os utilizadores disponham de um ponto de acesso único e integrado, bem como possibilitar o aconselhamento sobre serviços e organizações de cuidados de saúde. (Ex C, et al., 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

#### OUTROS ESTUDOS RELEVANTES:

De acordo com *Farrington-Douglas e Brooks* (2007), a evidência internacional demonstra que pessoas com ferimentos graves possuem uma maior probabilidade de sobreviver se, em vez de serem tratadas em

hospitais locais, forem tratadas em centros especializados. O mesmo autor sugere sumariamente um conjunto de estudos sobre o impacto dos sistemas centralizados para doentes com traumas:

Fonte	Descrição	Resultados
Bulger et al (2002) – USA	Severe head injury – ‘aggressive’ vs ‘nonaggressive’ centres.	‘Aggressive’ management of head injury associated with decreased risk of mortality (hazard ratio 43%).
Coats et al (2000) – UK	Modelling development of trauma system in London.	Modelled the theoretical proportion of patients with intracranial haematoma who would have reached specialist trauma surgeon within 4 hours = 20% if taken to local hospital, vs 90% if taken direct to specialist centre.
Cooper et al (1998) – Australia	Comparison of management of road traffic fatalities at trauma centres vs non-trauma hospitals in Victoria.	Preventable deaths less frequent in trauma centre (20%) vs other hospital groups (40%- 62%); similar trends for high severity injuries. Recommends trauma system with bypassing arrangements.
Cornwell et al (2003) – USA	Comparison of process and outcomes before vs after implementation of trauma service.	Faster treatment and throughput of patients in emergency departments; overall mortality rates reduced from 4.5% to 3.4%; for severely head-injured patients from 23.8% to 17.2%. Risk adjusted 31% decrease in overall mortality; 42% decrease in severe head injury mortality.
Cornwell et al (2005) – USA	Effect of trauma centre designation on outcomes for severe injuries.	Trauma centres had lower mortality (25.3%) than other hospitals (29.3%), and lower severe disability; lower severe disability at discharge 20.3% vs 33.8%.
Demetriades et al (2006) – USA	Relationship between trauma centre designation and mortality for severe trauma.	Higher mortality in undesignated and level II hospitals than level I trauma centres (adjusted odds ratio 1.14 and 1.09).
MacKenzie et al (2006) – USA	National evaluation of trauma centre vs nontrauma centres.	After adjustment for case mix, in-hospital mortality rate in trauma centre was 7.6% vs 9.5%; one-year mortality rate was 10.4% vs 13.8%; primarily for more severe injuries. Argues for continued regionalisation.
McConnell et al (2005) – USA	Mortality benefit of transfer of head-injured patients from rural centres to level I or II centres.	Transfer to a level I vs a level II centre reduced absolute mortality risk by 10.1%. Distance travelled to hospital was not significant.
Mullins et al (1998) – USA	Before vs after comparison of outcomes of a state trauma system (Oregon), contrasted with neighbouring state without trauma system (Washington).	Both states had similar risk-adjusted odds of death before Oregon introduced trauma system. Risk of death for severely injured in Oregon fell by more than Washington after trauma system introduced (adjusted odds ratio 0.80).
Nathens et al (2001) – USA	Impact of volume on outcomes for patients with penetrating abdominal injury.	Concluded that a strong association exists between trauma centre volume (over 650 cases per year) and outcomes (reduced mortality and length of stay).
Patel et al (2005) – UK	Trends in specialist care for head injury.	England and Wales head injury outcomes have not improved since 1994. 26% increase in mortality and 2.15-fold increase in odds of death adjusted for case mix if treated in non-neurosurgical centre.

ALBADA, A.; ELBERS, E.; VISSER, A. – Patient education in Western European hospitals : a comparison of the Netherlands, Flanders and England. *Patient Education and Counseling*. 66 : 1 (Apr 2007) 4-10.

ALI, M. et al. – Emergency obstetric care in Pakistan : potential for reduced maternal mortality through improved basic EmOC facilities, services, and access. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. 91 : 1 (Oct 2005) 105-12.

BEGLEY, C.E. at al. – Emergency room use and access to primary care : evidence from Houston, Texas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 17 : 3 (Aug 2006) 610-624.

BENJAMIN-JOHNSON, R. et al. – Access to medical care, use of preventive services, and chronic conditions among adults in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*. 60 : 12 (Dec 2009) 1676-1679.

BLANK, F.S. et al. – A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *Journal of Emergency Nursing*. 31 : 2 (Apr 2005) 139-144.

BLEWETT, L.A.; ZIEGENFUSS, J.; DAVERN, M.E. – Local access to care programs (LACPs) : new developments in the access to care for the uninsured. *The Milbank Quarterly*. 86 : 3 (Sep 2008) 459-479.

CAFFEE, H.; RUDNICK, C. – Access to hand surgery emergency care. *Annals of Plastic Surgery*. 58 : 2 (Feb 2007) 207-208.

DEMOL, A. et al. – Paediatric access care in Europe : results of the Paediatric Access Care (PAC) project. *EDTNA ERCA Journal*. 32 : 1 (2006 Jan-Mar) 57-62.

DOBROW, M.J.; SULLIVAN, T.; SAWKA, C. – Shifting clinical accountability and the pursuit of quality: aligning clinical and administrative approaches. *Health Manage Forum*. 21 : 3 (Autumn 2008) 6-19.

EDGERLEY, L.P. et al. – Use of a community mobile health van to increase early access to prenatal care. *Maternal and Child Health Journal*. 11 : 3 (May 2007) 235-239.

FADUL, N. et al. – Predictors of access to palliative care services among patients who died at a Comprehensive Cancer Center. *Journal of Palliative Medicine*. 10 : 5 (Oct 2007) 1146-1152.

FELIX, H.C.; WOOTTEN, E.B.; STEWART, M.K. – The Arkansas Southern Rural Access Program : strategies for improving health care in rural areas of the state. *The Journal of the Arkansas Medical Society*. 101 : 12 (Jun 2005) 366-368.

GASKIN, D.J. ; MITCHELL, J.M. – Health status and access to care for children with special health care needs. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*. 8 : 1 (Mar 2005) 29-35.

GODDARD, M.; SMITH, P. – Equity of access to health care services : theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*. 53 : 9 (Nov 2001) 1149-1162.

KASMAN, N.M.; BADLEY, E.M. – Beyond access: who reports that health care is not being received when needed in a publicly-funded health care system? *Canadian Journal of Public Health*. 95 : 4 (Jul-Aug 2004) 304-308.

LOUVISON, M.C. et al. – Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 42 : 4 (Aug 2008) 733-740.

McMANUS, M.L. et al. – Variability in surgical caseload and access to intensive care services. *Anesthesiology*. 98 : 6 (Jun 2003) 1491-1496.

MORAN, N. et al. - NHS services for epilepsy from the patient's perspective : a survey of primary, secondary and tertiary care access throughout the UK. *Seizure*. 9 : 8 (Dec 2000) 559-565.

MURRAY, M. et al. – Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. *JAMA*. 289 : 8 (26 Feb 2003)1042-1046.

NANCE, M.L.; CARR, B.G.; BRANAS, C.C. – Access to pediatric trauma care in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 163 : 6 (Jun 2009) 512-518.

NOURAEI, S. A. et al. – A multidisciplinary audit of clinical coding accuracy in otolaryngology : financial, managerial and clinical governance considerations under payment-by-results. *Clinical Otolaryngology*. 34 : 1 (Feb 2009) 43-51.

OTTENBACHER, K.J.; GRAHAM, J.E. – The state-of-the-science : access to postacute care rehabilitation services : a review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 88 : 11 (2007 Nov) 1513-1521.

PILKINGTON, H. et al. – Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care : the French experience between 1998 and 2003. *Social Science & Medicine*. 67 : 10 (Nov 2008) 1521-1529.

POLITZER, R. M. et al. – Inequality in America : the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Medical Care Research & Review*. 58 : 2 (Jun 2001) 234-248.

RACKLEY, B.P. et al. – The Southern Rural Access Program and Alabama's Rural Health Leaders Pipeline : a partnership to develop needed minority health care professionals. *Journal of Rural Health*. 19 : Suppl (2003) 354-360.

REDLENER, I.; GRANT, R.; KROL, D.M. – Beyond primary care : ensuring access to subspecialists, special services, and health care systems for medically underserved children. *Advances in Pediatrics*. 52 (2005) 9-22.

ROSCOE, L.A.; SCHONWETTER, R.S. – Improving access to hospice and palliative care for patients near the end of life: present status and future direction. *Journal of Palliative Care*. 22 : 1 (Spring 2006) 46-50.

ROUSE, C.M. – Paradigms and politics: shaping health care access for sickle cell patients through the discursive regimes of biomedicine. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 28 : 3 (Sep 2004) 369-399.

RYAN, F.S. et al. – Clinicians' knowledge and practice of data protection legislation and information management. *British Dental Journal*. 206 : 2 (24Jan 2009) E4; discussion 90-1.

SRINIVASA, J. et al. – Improving access to cancer genetics services in primary care : socio-economic data from North Kirklees. *Family Cancer*. 6 : 2 (2007) 197-203.

STEFFEN, P.; OMMEN, O.; PFAFF, H. – Reduced patient demands in hospitals and their determinants. *International Journal of Public Health*. 54 : 1 (2009) 11-22.

STEIN, R.E.; SILVER, E.J. – Are rates of functional limitations associated with access to care? : A state-level analysis of the national survey of children with special health care needs. *Maternal and Child Health Journal*. 9 : 2 Suppl (Jun 2005) S33-S39.

SWORD, W.; WATT, S.; KRUEGER, P. – Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 35 : 6 (Nov-Dec 2006) 717-727.

WEE, S. L. – Improving access to outpatient cardiac care at the national heart centre--a partnership between specialists and primary care. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 37 : 2 (Feb 2008) 151-157.

WOOLLCOTT, M. – Access to primary care services for homeless mentally ill people. *Nursing Standard*. 22 : 35 (7-13 May 2008) 40-4.

### **PARA A CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO**

#### **ESTUDOS E RECOMENDAÇÕES DE SUPORTE:**

De acordo com Delgado (2009) deverá ser criado, no âmbito da governação hospitalar, um processo clínico, uniforme e único, para toda a rede hospitalar pública, com diferentes níveis de acesso.

*Kohn et al. cit.* por Martins (2009) apontam para a necessidade de um sistema de informação clínica efectivo que vise segurança do doente e a garantia de qualidade dos cuidados prestados, sem prejuízo dos benefícios já evidenciados em termos do retorno económico, relativamente à facturação e à prescrição electrónica. O mesmo autor recomenda a implementação do Registo de Saúde Electrónico, como verdadeiro Registo Único de Saúde (contendo informação clínica coerente) e de bases centrais sobre doenças específicas em Portugal.

No seguimento das directivas europeias e internacionais, o Grupo de Trabalho para o Registo de Saúde Electrónico (GTRSE) apresentou, para discussão pública, um conjunto de orientações para a especificação funcional e técnica do sistema de Registo de Saúde Electrónico (RSE), que tem como princípios, a centralidade no cidadão, o suporte à mobilidade de cidadãos e de profissionais de saúde, facilitar o acesso e a partilha de informação de qualidade aos profissionais de saúde no momento e no ponto de prestação de cuidados, melhorar os fluxos de informação para facilitar e melhorar o processo de continuidade de cuidados e, ainda, apoiar a missão e acções no âmbito da Saúde Pública (avaliação, investigação, vigilância, etc.). O sistema RSE visa assegurar, ainda, um relacionamento directo com outros sistemas de

carácter transversal do sector da saúde, em particular, com os sistemas referenciais de utentes, entidades prestadoras e profissionais de saúde numa óptica de interoperabilidade (PORTUGAL. MS. ACSS, 2009a).

O modelo *Kaiser* desenvolveu o *KP HealthConnect*, um sistema de gestão e distribuição de informação que integra registos clínicos e facturação permitindo, ainda, que médicos e outros prestadores disponham de mecanismos de suporte à decisão (*guidelines* clínicas e terapêuticas, etc.), ferramentas para gerir a procura, comunicação entre as equipas que prestam cuidados de saúde, bem como alertas para sinalização das boas práticas relativamente às acções a tomar para com o doente (Wallace, 2009b).

*Tan, Wen, Awado* (2005) salientam que o principal desafio para integrar tecnologias diversificadas para a melhoria da prestação de cuidados, passa por compreender o funcionamento de um sistema complexo e criar, de forma espontânea, uma plataforma adaptável ou uma rede de prestadores coordenada, voltada para reduzir o desperdício, melhorar a qualidade de vida, eliminar listas de espera desnecessárias e erros médicos evitáveis, permitindo uma maior interdisciplinaridade e colaboração no tratamento de doentes com uma variedade de doenças agudas e crónicas ao longo dos diferentes *settings*.

*Leatt, Pink e Guerriere* (2000) referem que para que seja alcançada uma maior integração dos processos ao nível dos cuidados prestados e uma maior colaboração entre prestadores, a informação deverá ser partilhada transversalmente ao longo do sistema. Além disso, as estratégias ao nível da gestão devem ser desenvolvidas de forma a eliminar a duplicação de MCDT e do histórico do doente, a qual é originada pela incapacidade para partilha de informação. Neste sentido, os mesmos autores referem que os prestadores deverão ter acesso em tempo útil à informação do doente, protegendo em simultâneo a privacidade e confidencialidade dos registos de saúde, bem como as organizações de saúde deverão estar dispostas a partilhar

*Allan e Englebright* (2000) referem um estudo realizado, sobre a utilização, durante 2 anos, de um sistema computadorizado para documentar os cuidados prestados, monitorizar processos dos cuidados, resultados (*outcomes*) dos doentes e desempenho dos profissionais. O sistema anterior era uma fonte de frustração e insatisfação para os enfermeiros, médicos e gestores. O novo sistema excedeu as expectativas de todos os profissionais, bem como permitiu que os gestores pudessem aceder aos dados clínicos recolhidos e transforma-los em relatórios realistas, com a descrição da população de doentes, identificação das necessidades dos doentes, monitorização da conformidade dos cuidados prestados standard com os prestados pelos profissionais e acompanhar as melhorias nos processos dos cuidados.

*Mandl et al.* (2007) referem o *Indivo*, um sistema de informação de saúde que inclui um registo electrónico de saúde gerido pelo próprio doente, que lhe permite reunir, manter e gerir uma cópia, de modo seguro, dos seus dados de saúde. Os mesmos autores salientam que este modelo foi concebido para encorajar a participação dos doentes nas organizações de saúde, criando deste modo um ecossistema para o desenvolvimento de aplicações inovadoras focadas nos cuidados prestados ao doente.

Em Itália foi criado um sistema de informação para abranger todas as actividades realizadas no território. Este modelo de integração foi concebido para ser utilizado por profissionais de cuidados de saúde e sociais. Nas regiões de *Valdesa* e *Valdano*, este projecto permitiu o acesso a informação sobre os doentes partilhada, a qual é recolhida nas diferentes fases do processo de cuidados e pelos diferentes serviços envolvidos. A informação sobre os doentes que recebem cuidados de saúde e sociais, seja proveniente dos hospitais, dos GP ou de *nursing homes* é recolhida para uma única base de dados actualizada de modo contínuo. Esta última permite um trabalho conjunto e reduz o tempo de espera na troca de informações entre agências e organizações. O sistema garante os registos do doente apenas tenham que ser gravados uma vez e possibilita a colaboração entre os profissionais que estão separados geograficamente (Nesti G et al., 2004 cit. por Lloyd e Wait, 2006).

#### OUTROS ESTUDOS RELEVANTES:

BRAITSTEIN et al. -'Talkin' About a Revolution'': How Electronic Health Records Can Facilitate the Scale-Up of HIV Care and Treatment and Catalyze Primary Care in Resource-Constrained Settings. *J Acquir Immune Defic Syndr* Volume 52, Supplement 1, November 1, 2009. Disponível em [http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2009/11011/Talkin\\_About\\_a\\_Revolution\\_How\\_Electronic.16.aspx#](http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2009/11011/Talkin_About_a_Revolution_How_Electronic.16.aspx#)

BROKEL, J, HARRISON, M. - .Redesigning Care Processes Using an Electronic Health Record: A System's Experience. *Information and Technology The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. February 2009 Volume 35 Number 2. Disponível em [http://www.trinity-health.org/contentportal/groups/public/documents/presscoveragerelease/cportal\\_003189.pdf](http://www.trinity-health.org/contentportal/groups/public/documents/presscoveragerelease/cportal_003189.pdf)

DOBREV, A. et al. - The socio-economic impact of interoperable electronic health record (EHR) and ePrescribing systems in Europe and beyond: final study report. *EHR IMPACT European Commission, DG INFSO & Media*, October 2009. Disponível em [http://www.ehr-impact.eu/downloads/documents/EHRI\\_final\\_report\\_2009.pdf](http://www.ehr-impact.eu/downloads/documents/EHRI_final_report_2009.pdf)

GANS, D., et al. - Medical Groups' Adoption Of Electronic Health Records And Information Systems. *Health Affairs* Volume 24, Number 51323. DOI 10.1377/hlthaff.24.5.1323 ©2005 Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.. Disponível em <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/24/5/1323>

MARYLAND HEALTH CARE COMMISSION - Final Report: task force to study electronic health records. December 31, 2007 Disponível em [http://mhcc.maryland.gov/electronichealth/presentations/ehr\\_finalrpt0308.pdf](http://mhcc.maryland.gov/electronichealth/presentations/ehr_finalrpt0308.pdf)

SHEKELLE PG, MORTON SC, KEELER EB. - Costs and Benefits of Health Information Technology. *Evidence Report/Technology Assessment No. 132*. (Prepared by the Southern California Evidence-based

Practice Center under Contract No. 290-02-0003.) AHRQ Publication No. 06-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2006. Disponível em <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/hitsyscosts/hitsys.pdf>

STROETMANN, K., VATTER, Y and PENG, K. - Interoperable eHealth is Worth it Securing Benefits from Electronic Health Records and ePrescribing: study report 2010. Bonn/Brussels, February 2010. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities ISBN: 978-92-79-14975-7. Catalogue number: KK-31-10-306-EN-DOI: 10.2759/242. European Communities, 2010. Disponível em [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/docs/publications/201002ehrimpact\\_study-final.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/201002ehrimpact_study-final.pdf)