

Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Roteiro de Intervenção em

Recursos Humanos em Saúde (RHS)

(Novembro de 2014)



**Plano Nacional de Saúde
2012-2016**

Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Roteiro de Intervenção Recursos Humanos em Saúde (RHS)

Novembro de 2014

Gilles Dussault

Documento de Trabalho

Índice

RESUMO	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. A ABORDAGEM DO TEMA RHS.....	5
3. OS RHS NO PNS 2010-2016	6
4. PONTO DE SITUAÇÃO ATUAL	7
5. ANÁLISE CRÍTICA.....	9
6. RECOMENDAÇÕES.....	11
6.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	13
6.2. RELAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES E ASPECTOS DE INTERSECTORIALIDADE.....	14
CONCLUSÃO	15
BIBLIOGRAFIA	16

RESUMO

O alcance dos objetivos do PNS, particularmente os de “Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, depende da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos RHS, cujo desempenho a sua vez depende de fatores como a composição do stock de trabalhadores, as competências adquiridas, a divisão e da organização do trabalho, o acesso adequado a infra-estrutura, equipamentos e medicamentos, a motivação dos trabalhadores, as condições de trabalho, a gestão, a governação e a regulação e as políticas em saúde, educação, finanças e administração pública.

No período 2010-2014 houve iniciativas com objectivo melhorar a gestão dos RHS, mas ainda não existe uma política integradora. De modo geral, o acesso a dados completos e actualizados sobre RHS é difícil. Os dados dos RHS do sector público são mais completos, mas não existe uma base de dados actualizada acessível em tempo real. Há escassez de informação sobre o sector privado e o fenómeno da emigração de profissionais não está monitorizado.

A governação dos cuidados hospitalares e dos cuidados primários é feita de modo independente. O PNS advoga uma coordenação mais estreita entre os dois níveis, mas faltam mecanismos e incentivos para alcançar esse objectivo.

As recomendações da OMS na avaliação do Plano anterior e do SNS em 2010 e de observadores ao longo dos anos continuam relevantes. A primeira é desenhar uma política de RHS que abranja as dimensões de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade e os factores que as influenciam. Tal política deve ser exequível do ponto de vista financeiro e sobretudo aceite pelos atores-chave. A implementação das políticas deve apoiar-se, a nível das organizações de saúde sobre dirigentes com competências e experiência que demonstram as suas capacidades para liderar profissionais altamente qualificados e mobilizá-los para o alcance dos objectivos da organização e do PNS.

É fundamental criar uma base de dados confiáveis, actualizados e de acesso fácil. Além dos dados estatísticos, devem ser disponibilizadas informações sobre boas práticas em países comparáveis. As bases de dados devem cobrir o conjunto dos RHS, os do SNS e os do sector privado. Um sistema de informação integrado requer a colaboração das Ordens profissionais, dos empregadores públicos e privados e das instituições de formação.

Recomenda-se apoiar a investigação sobre RHS para informar ao planeamento e formulação de políticas. Uma plataforma deveria ser criada para envolver as instituições de formação, públicas e privadas, numa de discussão continua sobre as competências a adquirir pelos seus alunos para responder as necessidades da população. O papel dos Ministérios em matéria de RHS deve ser repensado na perspectiva de delegar o máximo de responsabilidades a quem esta em contacto directo com os RHS. Um mecanismo de diálogo entre o governo e os atores-chave, incluindo representantes dos utentes, seria uma ferramenta útil para evitar conflitos gerados pela falta de comunicação e pela tomada de decisão de alto para baixo. O governo poderia propor aos

representantes dos trabalhadores de saúde um Pacto social em prol da saúde dos Portugueses e da satisfação profissional dos próprios RHS. Seria um conjunto de compromissos para demonstrar a adesão dos trabalhadores da saúde e suas organizações aos objectivos do PNS de um lado, e do outro lado, compromissos do governo para criar condições de trabalho que promovem o melhor desempenho possível dos RHS.

1. INTRODUÇÃO

- 1- Este comentário apresenta observações sobre a situação dos recursos humanos em saúde (RHS) no processo de implementação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS). As observações baseiam-se na análise dos dados disponíveis em fontes públicas como as da Direcção-Geral da Saúde (DGS), da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) e das Ordens profissionais. Foram também utilizadas informações encontradas em relatórios nacionais e internacionais e artigos publicados em revistas académicas.
- 2- Como não há uma monitorização da evolução dos RHS e a investigação sobre o tema é escassa, o presente comentário deve ser interpretado como uma leitura crítica da situação, realizada por um observador independente. Para uma avaliação mais aprofundada será necessária uma investigação empírica sistemática.
- 3- O comentário é organizado em quatro secções: a primeira comenta o conteúdo do PNS 2010-2016 em referência à análise feita pela OMS do PNS anterior; a segunda apresenta uma leitura da situação actual; a terceira é uma análise crítica que responde a perguntas incluídas nos termos de referência propostos pela DGS; e a quarta apresenta recomendações em resposta “problemas” identificados na análise crítica.

2. A ABORDAGEM DO TEMA RHS

- 1- É consensual que o alcance dos objetivos do PNS, particularmente os de “Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, depende do desempenho dos RHS, entre numerosos outros fatores. Neste contexto, levantam-se as questões de como otimizar esse desempenho ou o que seria uma força de trabalho adequada para responder aos desafios definidos no PNS.
- 2- Uma resposta relevante encontra-se no relatório preparado pela Global Health Workforce Alliance (GHWA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) para discussão no 3º Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, em Novembro de 2013, em Recife (Campbell et al 2013). Os autores relacionam o acesso equitativo a serviços de qualidade, em função das suas necessidades, a custo razoável, a RHS em número suficiente (disponibilidade), que os cidadãos podem consultar facilmente (acessibilidade), com as competências e comportamentos que correspondem às necessidades e expectativas da população (aceitabilidade), e que respeitem as normas profissionais e satisfaçam os utentes (qualidade).

3- É também reconhecido que o desempenho dos RHS, em termos de efetividade, eficiência e qualidade dos serviços prestados, depende de fatores como: o skills-mix (composição do stock de trabalhadores), as competências adquiridas durante o processo de formação inicial e ao longo da vida profissional; a divisão e da organização do trabalho (repartição das tarefas, coordenação das atividades); o acesso adequado a infra-estrutura, equipamentos e medicamentos; a motivação dos trabalhadores, a qual é fortemente influenciada pelas condições de trabalho (remuneração, incentivos, participação na tomada das decisões, oportunidades de progresso na carreira), e sobretudo pela gestão, a governação e a regulação (enquadramento legal, planeamento, gestão do pessoal, relações laborais). Esses fatores, por sua vez, dependem das políticas em vigor em sectores como a saúde, a educação, as finanças e a administração pública.

3. Os RHS no PNS 2010-2016

- 1- A preparação do PNS 2012-2016 beneficiou de avaliações da OMS do Plano anterior e do desempenho do SNS (WHO 2010, 2010^a). Sobre o tema RHS, a OMS reconheceu progressos no período 2004-2010 ao nível da disponibilidade de médicos e de enfermeiros, mas destacou a falta de abordagem estratégica do desenvolvimento da força de trabalho em saúde (PNS 2012:52). A OMS chamou a atenção para vários “desequilíbrios”: comparativamente às médias dos países da OCDE, Portugal tinha mais médicos e menos enfermeiros, o número de médicos de medicina geral e familiar era ainda insuficiente para permitir uma cobertura a toda a população, e havia variações importantes na densidade geográfica dos RHS. O relatório levantou também o problema do “duplo emprego”, que podia ameaçar a sustentabilidade do SNS.
- 2- A OMS emitiu uma recomendação geral no sentido de desenvolver estratégias de longo prazo baseadas na análise das necessidades futuras de serviços e de RHS para os prestar. Mais especificamente recomendou a revisão da composição do stock de RHS, das definições das respetivas funções dos profissionais, da regulação do trabalho no sector privado, e do papel das organizações profissionais, em particular das Ordens, na manutenção e melhoria da qualidade do trabalho de seus membros.
- 3- Vários relatórios nacionais afirmaram que essas recomendações iriam permitir ganhos de eficiência, de melhoria na acessibilidade e qualidade dos serviços (Dussault, Fronteira 2010; OPSS 2010, 2011, Grupo de reforma hospitalar 2011, Santana et al. 2013). Em geral, o PNS 2012-2016 reconhece as “falhas anteriores” e concorda com as recomendações da OMS: por exemplo, inclui uma política de RHS entre as políticas transversais necessárias para a concretização de seus objetivos (p. 9) e destaca a importância do planeamento dos RHS para a implementação efetiva de tal política (p. 47). Ainda assim, os objetivos concretos do PNS limitam-se a metas numéricas de médicos e enfermeiros por número de habitantes.

4. PONTO DE SITUAÇÃO ATUAL

1- Disponibilidade dos RHS:

- a) O crescimento dos efetivos totais de médicos (+ 9,31), de dentistas (+21,21) e de enfermeiros (+ 5,28) continuou graças ao aumento da produção de graduados; o número de farmacêuticos manteve-se constante (Quadro 1).
- b) No SNS, o número de médicos aumentou de 1,6% entre 2010 e 2012 (último ano disponível), e os números de enfermeiros, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica diminuíram respectivamente de 1,8 %, 0,2 % e 1.7 % . A proporção de médicos e de enfermeiros a trabalhar nos cuidados primários aumentou 0.5% e 0,9%, no último caso por efeito mecânico da diminuição do número total de enfermeiros empregados no SNS.
- c) O número de médicos por população permanece um dos maiores dos países da OCED e o dos enfermeiros um dos menores. O rácio enfermeiro/médico global não mudou (1,45 em 2012) e permanece um dos mais baixos na OCDE (OECD 2013). No SNS, esse rácio era de 1,50, nos cuidados hospitalares de 1,66, nos cuidados primários, de 1.05 e nas USF, de 1 (2747 médicos e 2717 enfermeiros em 398 USF, ACSS 2014). O rácio global aumentou de 0,4 entre 2010 e 2012, mas todos os outros diminuíram ligeiramente (Quadro 2).
- d) A profissão médica enfrenta um problema de envelhecimento, com 54% dos seus membros (43% no SNS) com mais de 50 anos e um terço a atingir os 70 anos até 2025 (Santana et. al, 2013). As especialidades de medicina geral e familiar e saúde pública são as mais envelhecidas; para essas especialidades, e para as de estomatologia e patologia clínica, são necessárias medidas correctivas para garantir a substituição das saídas.
- e) As metas de 2016 só incluem três indicadores: médicos/100000 habitantes, enfermeiros/100000 habitantes, e enfermeiros nos cuidados de saúde primários/100000 habitantes¹. A meta global para o número de médicos está em via de ser alcançada (3 regiões vão superar, 2 regiões não vão alcançar); não serão alcançadas para enfermeiros (PNS em números, p.38)

1- Acessibilidade aos RHS:

- a. A população coberta por um médico de família foi abrangida à custa do aumento de horas trabalhadas pelos médicos e pela expansão das listas de utentes.

¹ Não há meta para médicos de medicina geral e familiar , dentistas, farmacêuticos, e técnicos

- b. As assimetrias na distribuição regional dos RHS e, possivelmente, no acesso aos serviços permanecem. Por exemplo, a média de enfermeiros/1000 habitantes em Portugal é de 6,23: 11,23 em Coimbra e 9,17 em Bragança, mas de 4,09 em Leiria, e 4,52 em Aveiro (OE, 2014).
- c. Continuaram as contratações de médicos estrangeiros para preencher vagas em zonas rurais.

2- Aceitabilidade e qualidade:

- a. Por um lado, o PNS reconhece a importância da formação para melhorar a aceitabilidade e a qualidade dos serviços. Assim, admite a necessidade de incluir no Planeamento dos RHS “a formação pré- e pós-graduada, a formação contínua o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipa multidisciplinar, comunicação, gestão e investigação” (PNS, p. 49).
- b. Por outro lado, não há metas explicitamente ligadas a essas duas dimensões
- c. A contratação de médicos estrangeiros pode levantar problemas, tais como o domínio da língua e a dificuldade de compreender uma cultura diferente.
- d. A fiscalização da prática profissional e o exercício da disciplina permanecem atividades reativas, acontecendo em reação a queixas ou notícias de problemas.

3- Determinantes do desempenho:

- a. Educação e formação: Não é conhecido um mecanismo para garantir que a formação está adaptada às necessidades atuais e futuras. As faculdades e escolas tomaram iniciativas próprias nesse sentido, mas não há monitorização desse processo. A qualidade dos graduados é reconhecida, particularmente no caso dos enfermeiros que são bem procurados no estrangeiro, nomeadamente no Reino-Unido onde mais de 1200 Portugueses integraram o registo do Nursing and Midwifery Council entre 2009 e 2012 (Buchan, Seccombe 2012)
- b. Divisão e organização do trabalho: Não houve alterações na definição das tarefas dos enfermeiros e de outros profissionais, como recomendado pela OMS em 2010.
- c. Incentivos: Existe um mecanismo de pagamento ligado ao desempenho nas USF (modelo B), para incentivar o cumprimento de alguns objetivos de cobertura e de produção. Não parece existir um sistema de incentivos para favorecer o recrutamento de profissionais em zonas menos atrativas do país.
- d. Ambiente e condições de trabalho: Sondagens de opiniões dos médicos das USF indicam satisfação com o trabalho e com a relação com os utentes, mas insatisfação com o acesso a

equipamentos e aos sistemas de informação (sem falar das tarefas burocráticas) (Biscaia 2013, 2014).

- e. **Motivação:** Dificuldades de recrutamento em algumas zonas, reformas antecipadas, saídas do sector público, emigração e greves são sintomas de desmotivação e podem ter um impacto negativo sobre o desempenho dos profissionais de saúde e consequentemente sobre o alcance dos objectivos do PNS.
- f. **Gestão, governação e regulação:** O processo de descentralização da tomada de decisões em relação aos RHS (recrutamento, avaliação, promoções e incentivos) ainda está para avançar. Os RHS são geridos por regras de aplicação geral que nem sempre têm em conta as características do trabalho em saúde. Ao nível das organizações prestadoras de serviços, a selecção dos dirigentes é também centralizada e nem sempre baseada no alinhamento das competências dos seleccionados com as necessidades específicas da organização. A gestão dos conflitos parece pouco eficaz visto o número de greves e outros sinais de insatisfação.
- g. **Políticas:** não é conhecida uma política de RHS integrada. A ACSS participa activamente numa iniciativa europeia (Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, <http://www.euhwforce.eu/>) que deveria ajudar no desenvolvimento de mecanismos de planeamento dos RHS.

5. ANÁLISE CRÍTICA²

1- Políticas e estratégias desenvolvidas:

- a. No período 2010-2014 houve várias iniciativas³ que tiveram como objectivo melhorar a gestão dos RHS, mas ainda não existe uma política integradora das estratégias quanto às quatro dimensões de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, relacionando-as com os grandes eixos do PNS;
- b. Não existe uma definição das necessidades futuras de RHS, nem do tipo de skills-mix desejável para garantir um acesso equitativo a serviços de qualidade a todos os cidadãos. Há projecções da evolução da demografia médica (Santana et al. 2009, 2013) e das reformas no SNS, mas não há análises baseadas nas necessidades futuras de serviços e nas opções de resposta a essas necessidades. Por exemplo, a questão da revisão das tarefas entre médicos e outros profissionais não está na agenda política, apesar da evidência internacional a favor de uma expansão das competências dos enfermeiros em particular (Delamaire, Lafortune 2010, Buchan et al 2013) como estratégia para melhorar o acesso

² Nessa secção são apresentados comentários sobre tópicos identificados pela DGS

³ Foram identificadas 56 acções (INEM 7; ARS 10 ; IGAS 3; IPST 2; SGMS 21; e SEMS 21) a maioria são acções de formação e contratações.

aos serviços e obter ganhos em eficiência, mantendo a qualidade dos serviços. A figura de enfermeiro de família⁴ acaba de ser criada (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto), para exercer várias actividades de apoio as famílias “nos termos legais aplicáveis”, ou seja sem expansão das funções habituais dos enfermeiros. É um passo modesto na direcção certa.

- c. A estratégia para reduzir os problemas de acesso a médicos de família em zonas rurais e afastadas foi a contratação de médicos estrangeiros no quadro de acordos bilaterais. Isto é paradoxal sabendo que Portugal produz mais médicos que a maioria dos países comparáveis (OCDE 2013), que há centenas de alunos Portugueses em faculdades de medicina no estrangeiro, e que o Brasil consegue recrutar médicos portugueses para trabalhar em zonas rurais, no quadro do programa “Mais médicos”⁵
- d. Outro paradoxo é a existência de desemprego e de emigração de enfermeiros, num contexto de aparente falta de enfermeiros quando Portugal é comparado a países como o Canadá, o Reino Unido, a França ou os países nórdicos (OCDE 2013). A actividade de agências de recrutamento de profissionais de saúde para o estrangeiro não está regulada. A procura de profissionais de saúde Portugueses por organizações estrangeiras pode ser percebida como um reconhecimento de sua qualidade e ser um motivo de orgulho, mas os custos das saídas deveria preocupar o governo que investe recursos significativos na formação dos RHS.
- e. Não há um sistema de acreditação dos programas de formação pelos pares da formação nas várias profissões; não é clara a ligação entre as necessidades da população, os objetivos do PNS e a formação dos profissionais.
- f. Há ambiguidade em relação à amplitude e aos efeitos do duplo emprego sobre a equidade de acesso aos serviços de saúde;
- g. Falta clareza quanto ao papel das Ordens profissionais e do Ministério da Saúde em relação à qualidade do exercício profissional. Ainda há profissões que são autónomas em outros países, como os audiologistas, fisioterapeutas ou os terapeutas ocupacionais, que não tem uma Ordem para exercer a monitorização da qualidade do trabalho dos membros da profissão, assim como verificar a aplicação das regras de comportamento ético, o que deveria ser o único papel das Ordens.

2- Características dos sistemas de informação:

⁴ “O enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”. (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de Agosto)

⁵ <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/programa-brasileiro-atrai-45-medicos-portugueses-para-trabalhar-no-pais-1603101>

- a. De modo geral, o acesso a dados completos e actualizados sobre RHS em Portugal é difícil. As Ordens dos enfermeiros, dos médicos dentistas e dos farmacêuticos⁶ publicam dados actualizados, mas os últimos números que a Ordem dos Médicos disponibiliza na sua página internet são de 2009. Cada uma utiliza as suas categorias e definições de variáveis e não é fácil fazer comparações entre grupos profissionais a nível nacional e ainda menos a nível internacional. Por exemplo, é difícil saber quem está ativo na área clínica; também os dados sobre “profissionais estrangeiros” são de interpretação difícil: “estrangeiro” pode significar nascido no estrangeiro, formado no estrangeiro ou de nacionalidade estrangeira. Não existe uma base de dados que apresente informações estandardizadas sobre o conjunto de RHS disponíveis em Portugal, o que torna complicado qualquer esforço de planeamento.
- b. Os dados dos RHS empregados no sector público são mais completos e mais confiáveis. Todavia, o acesso poderia ser mais fácil; a ACSS pública vários relatórios, mas não existe uma base de dados actualizada acessível em tempo real.
- c. Há escassez de informação sobre os médicos e os enfermeiros a trabalhar no sector privado. No caso dos dentistas e dos farmacêuticos, os dados das respectivas Ordens podem ser considerados como representativos do sector privado, devido à proporção marginal dos seus membros a trabalhar no sector público.
- d. O fenómeno da emigração de profissionais não está monitorizado, e só estão disponíveis estimativas sobre a sua amplitude.

3- Relação entre instituições e Aspectos de intersectorialidade:

- a. A governação dos cuidados hospitalares e dos cuidados primários é feita de modo independente, pelo que a articulação entre as organizações prestadoras depende de iniciativas individuais dos seus dirigentes. O PNS advoga uma coordenação mais estreita entre os dois níveis, mas faltam mecanismos e incentivos para alcançar esse objectivo.
- b. Não parece haver uma conexão entre os sectores da educação superior e da saúde, o que não facilita o alinhamento dos processos educativos com os objectivos do PNS.
- c. Não é conhecido um mecanismo de desenvolvimento dos programas de formação das diferentes categorias profissionais que favoreça a harmonização dos objectivos e dos conteúdos, uma necessidade num contexto de forte interdependência entre os grupos profissionais, e no qual domina cada vez mais o trabalho em equipa.

6. RECOMENDAÇÕES

Políticas e estratégias

⁶ No caso dos farmacêuticos, os números absolutos não são disponíveis.

- 1- As recomendações para melhorar o desempenho dos RHS já são conhecidas. As propostas da OMS (2010) e de observadores ao longo dos anos continuam relevantes. A primeira, que já estava incluída no PNS 2004-2010, é desenhar uma política de RHS que abranja as dimensões de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade e os factores que as influenciam.
- 2- Tal política deve ser exequível do ponto de vista financeiro e sobretudo aceite pelos atores-chave. Um processo de “policy dialogues” pode ser iniciado para facilitar a informação e a discussão dos objectivos e das modalidades de implementação de uma política de RHS. Esse mecanismo consiste em convidar os atores-chave para participar na identificação e discussão de opções de intervenção, com base em experiências nacionais e internacionais e de modo gradual construir uma política coerente, que abrange a força de trabalho na sua totalidade, tanto no SNS como no sector privado, com ou sem fins lucrativos.
- 3- Os temas principais seriam: necessidades futuras de RHS (que força de trabalho em saúde em 2020? competências, skills-mix⁷, quantidade); processos educativos adaptados às exigências do século XXI; criação de ambientes de trabalho atractivos e promotores de um melhor desempenho possível (Wiskow, Albreth, Di Pietro 2010); governação, regulação e gestão (divisão das tarefas entre os actores institucionais, descentralização da gestão e mecanismos de prestação de contas, monitorização da qualidade, acreditação dos programas de formação).
- 4- A colaboração de Portugal, através da ACSS, em iniciativas europeias de fortalecimento da capacidade de planeamento dos RHS deve ser continuada e mesmo reforçada. Deve também ser acompanhada por um fortalecimento das capacidades em termos da definição, implementação, monitorização e avaliação da política de RHS e das suas componentes.
- 5- A implementação das políticas deve apoiar-se, a nível das organizações de saúde em dirigentes seleccionados, de modo transparente, em função das suas competências demonstradas e da sua experiência adquirida para liderar grupos de profissionais altamente qualificados e mobilizá-los para o alcance dos objectivos da organização e do PNS.

⁷ Qual o melhor equilíbrio entre número de médicos e de enfermeiros para obter ganhos de eficiência, melhoria do acesso, redução da utilização do hospital, sem perda de qualidade e de satisfação dos utentes?

6.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

- 1- Para garantir que as discussões sejam baseadas em evidências e não só em argumentos corporativos, é fundamental criar uma base de dados confiáveis, actualizados e de acesso fácil. Além dos dados estatísticos, devem ser disponibilizadas informações sobre boas práticas em países comparáveis. Pode ser o papel de um Observatório de RHS independente produzir e disseminar essa informação, como acontece noutros países (WHO 2011).
- 2- Além dos dados demográficos e profissionais já disponíveis, seria útil existir um misto de dados de recolha rotineira e de dados recolhidos por inquéritos pontuais ou longitudinais. Exemplos de dados rotineiros a ser disponibilizados são: educação dos profissionais (candidatos, inscritos, graduados, capacidade de formação das instituições, custos), actividades de formação contínua, pessoal empregado no sector privado, por categoria ocupacional, por tipo de organização, por nível de actividade (tempo parcial/integral), por tipo de actividade (clínica, formação, investigação, gestão), desemprego, postos não ocupados, “turnover”, mobilidade geográfica interna, emigração, (incluindo pedidos de certificados de qualificações), conflitos laborais, e actividades de fiscalização da prática profissional (visitas de controlo, queixas recebidas, sanções disciplinares). Exemplos de temas de inquéritos são: intenções e projectos de carreira (mobilidade, saída do mercado, emigração), satisfação profissional, estado de saúde dos RHS (incidência do burnout por exemplo) e outros temas a decidir em consulta com os representantes dos RHS.
- 3- Seria também importante possibilitar o acesso a dados desagregados para os técnicos e para categorias de trabalhadores não-clínicos que no momento são agregados em grandes categorias como técnicos superiores em saúde ou técnicos de diagnóstico e terapêutica. Dados mais detalhados sobre o pessoal de gestão seriam também uteis.
- 4- As bases de dados devem cobrir o conjunto dos RHS, ou seja os do SNS e os do sector privado. Um sistema de informação integrado requer a colaboração das Ordens profissionais, dos empregadores públicos e privados e das instituições de formação. São necessários incentivos, sob a forma de apoio para recolha e análise de um pacote básico estandardizado de dados (harmonizado com as definições do questionário conjunto da OMS, OCDE e Eurostat⁸).
- 5- Recomenda-se promover e apoiar a investigação sobre RHS para informar ao planeamento e formulação de políticas; actualizar periodicamente as projecções, estudar o impacto da feminização das profissões de saúde, os efeitos do duplo emprego sobre equidade de acesso, o impacto do ehealth e do mhealth sobre o trabalho em saúde são exemplos de temas a explorar. Actualmente, a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), a fonte principal de apoio financeiro a investigação, não considera a investigação sobre serviços de saúde, que inclui o tema RHS, como um domínio científico específico o que torna o acesso a financiamento sobre esses temas difícil.

⁸ <http://www.oecd.org/statistics/data-collection/Health%20Data%20-%20Guidelines%202.pdf>

6.2. RELAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES E ASPECTOS DE INTERSECTORIALIDADE

- 1- Deveria ser criada uma plataforma para envolver as instituições de formação, públicas e privadas, numa discussão contínua sobre as competências a adquirir e desenvolver pelos seus alunos para responder às necessidades futuras da população.
- 2- O papel dos Ministérios envolvidos em matéria de RHS deve ser repensado na perspectiva de delegar o máximo de responsabilidades a quem está em contacto directo com os RHS. Isto significa responsabilizar as organizações prestadoras de serviços pela selecção e contratação de seus dirigentes, o recrutamento de seu pessoal, do pessoal de apoio ao pessoal clínico mais diferenciado. No sector da educação, mais autonomia de gestão (recrutamento, remuneração, incentivos, progresso na carreira) de seus RHS poderia ser concedido às universidades e politécnicos responsáveis pela formação dos RHS, assim como a organismos de pares, como as Ordens, para definir as normas aplicáveis aos programas e para monitorizar sua aplicação.
- 3- Um mecanismo de diálogo entre o governo e os atores-chave, incluindo representantes dos utentes, seria uma ferramenta útil para evitar conflitos gerados pela falta de comunicação e pela tomada de decisão de cima para baixo.
- 4- A responsabilidade da política de RHS pode ser do Ministério da Saúde, mas este deve desenvolver uma coordenação forte com outros centros decisores relevantes, em particular com a educação e a ciência. Essa coordenação deveria facilitar o alinhamento dos programas de formação e do financiamento da investigação com os objectivos da política de RHS e o PNS.
- 5- É imperativo coordenar, em modo contínuo, com o Ministério das Finanças, que sempre vai ter a ultima palavra sobre decisões em relação aos RHS que podem ter um impacto financeiro.
- 6- O governo, como responsável do acesso equitativo de todos os cidadãos a serviços de saúde de qualidade correspondendo a suas necessidades e expectativas poderia propor aos representantes dos vários grupos de trabalhadores de saúde um Pacto social (Social Compact) em prol da saúde dos Portugueses e da satisfação profissional dos próprios RHS. Seria um conjunto de compromissos para demonstrar a adesão dos trabalhadores da saúde e suas organizações aos objectivos do PNS de um lado, e do outro lado, compromissos do governo para criar condições de trabalho que promovem o melhor desempenho possível dos RHS.

CONCLUSÃO

- 1- O contexto de crise económica e financeira não facilitou a implementação do PNS 2012-2016. Como o próprio Ministro da saúde reconheceu, a crise é também uma oportunidade para racionalizar a organização dos serviços, e introduzir reformas que melhoram a eficiência (Macedo 2013). Até agora, essas reformas não cobriram os RHS, apesar da sua importância reconhecida pelo sucesso de qualquer intervenção para mudar a organização e o funcionamento dos serviços. Assim, no caso dos RHS, pode concluir-se que foi uma oportunidade perdida.
- 2- No contexto actual, é difícil concluir que os investimentos significativos nos RHS produzem todos os benefícios que podem ser legitimamente esperados. Há categorias de profissionais, como os enfermeiros e os farmacêuticos, que não são autorizados a utilizar todas as suas competências; a composição da força de trabalho continua sendo pouco eficiente; a emigração de profissionais representa uma perda significativa de investimentos; e a equidade de acesso a profissionais e serviços necessários ainda é um objectivo para alcançar.
- 3- Este comentário, baseado na documentação disponível e na experiência acumulada do autor, foi escrito na perspectiva de ajudar a identificar temas que merecem discussão pelos decisores e pelos atores-chave do sector da saúde no contexto de um projecto comum de melhoria dos serviços de saúde aos quais os Portugueses têm direito.

BIBLIOGRAFIA⁹

Administração Central do Sistema de Saúde, 2012, *Inventário do Pessoal do Sector da Saúde*, ACSS, Lisboa; http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Invent%C3%A1rio_vf.pdf

Administração Central do Sistema de Saúde, 2013, *Balanço social global do Ministério da Saúde e do SNS*, ACSS, Lisboa; http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social_ACSS_IP_2013.pdf

Barros PP, Fernandes AC, Ramos F, Dussault G, Almeida JC, Fragata J, et al., 2011, *Os Cidadãos no Centro do Sistema - Os Profissionais no Centro da Mudança: Contributo para a discussão* Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; <http://w3.unl.pt/noticia/2012/nova-saude.pdf>

Barros, P-P. Machado, S., Simões, J. 2011, *Portugal Health System Review*. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen

Biscaia, A., 2013, *Futurar em Positivo: Satisfação no Trabalho*. Grafisol – Edições e Papelarias, Lda., Lisboa

Biscaia A., Pereira A., 2014, *O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal – 2013/2014*, USF-NA, Lisboa; <http://www.usf-an.pt/index.php/partilha>

Buchan, J., Seccombe, I. 2012. *Overstretched. Under-resourced. The UK nursing labour market review 2012*, Royal College of Nursing, London; http://eresearch.qmu.ac.uk/3127/1/eResearch_3127.pdf

Buchan J., Temido M., Fronteira I., Lapão I., Dussault G. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 21 Spec No, 38-46, 2013.

Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, Siyam A, Cometto G., 2013, *A universal truth: no health without a workforce*. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>

Cavaco, A.M. Brito, N., Lopes, D. Immigrant pharmacists in Portugal: a qualitative exploration of their work-related attitudes. *Res. Social Adm Pharm.*, 8, (2) 172-178, 2012.

Conceição, C., Ribeiro J., Pereira J., Dussault G., 2011, *Portugal: Mobility of Health Professionals*, WIAD - Scientific Institute of the Medical Association of German Doctors, Bonn (Germany); www.mohprof.eu/LIVE/DATA/National_reports/national_report_Portugal.pdf

Delamaire M.L., Lafortune G., 2010, *Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries*, OECD Health Working Paper No. 54, OECD, Paris

⁹ São incluídos documentos referenciados no texto e outros de interesse.

<http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en>

Dussault G., Fronteira I., 2010, *Recursos humanos para a saúde (RHS) Plano integrado no plano nacional de saúde 2011-16*, Alto Comissariado da Saúde, Lisboa, http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RHS-PT_2.pdf

Dussault G., Biscaia A., Craveiro I., Fronteira I., Lapão L., Temido M., 2014, Os Recursos Humanos da Saúde: uma agenda ainda para enfrentar, in Simões J., Correia Campos A., *40 anos de Abril na Saúde*, Almedina Ed., Lisboa: pp.163-183.

Fronteira, I., Conceição, C., Biscaia, A. "Políticas de saúde e enfermagem em Portugal: perspectivas evolucionistas para un futuro (in)cierto", In *Políticas Públicas e Conhecimento Profissional: a Educação e a Enfermagem em reestruturação*, Porto: Livpsic, 2014.

Instituto nacional de estatística –

Instituto Nacional de Estatística, 2014., *25 de Abril - 40 anos de estatística*. INE, Lisboa

Leone, C., Conceição, C., Dussault, G. Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain. HUMAN RESOURCES FOR HEALTH 2013, 11:36

Macedo, P. 2013, *Crisis as an opportunity to introduce efficiency improving reforms The case of Portugal*, World Health Organization meeting, Oslo; http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C6706A8D-70F3-4A5B-8392-AA7C5DC4ADC2/0/MS_OSLO2013.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010, *Relatório de Primavera 2010: Desafios em tempo de crise*. Lisboa; p. 148.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011, *Relatório de Primavera 2011 : Da depressão da crise*. Lisboa; p. 110.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012 *Relatório de Primavera 2012: Crise & Saúde: um país em sofrimento*. Lisboa; p. 213.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Relatório de Primavera 2013: duas faces da saúde*. Lisboa; p. 137.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2014 *Relatório de Primavera: Saúde Síndrome de Negação*, Lisboa; p. 141.

Ordem dos enfermeiros, 2013, *15 Propostas para melhorar a eficiência no Serviço Nacional de Saúde. Contributos da Ordem dos Enfermeiros*, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa; http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2013, *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Versão Completa*. Lisboa; p. 199.

Portugal, Ministério da saúde, 2012, *Relatório anual sobre o acesso aos cuidados de saúde no SNS*, Lisboa.

Ribeiro JAM, Barreto AXD, Varanda JAV, Penedo JMV dos S, Caiado JCF, Nunes JM, et al., 2011, *Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar: Os cidadãos no centro do sistema - os profissionais no centro da mudança*, Ministério da saúde , Lisboa p. 364.
http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf

Russo G., Ferrinho, P., De souza, B., Conceição, C. , 2012, What influences national and foreign physicians' geographic distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal. HUMAN RESOURCES FOR HEALTH 2012, 10:12

Santana P. et al, 2009, *Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos*, Administração Central do Sistema de Saúde, Lisboa, <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oePlaneamentoRH/NecessidadesPrevisionaisdeRHemSa%C3%BAdeM%C3%A9dicos/tabid/451/language/pt-PT/Default.aspx>

Santana P., et al., 2013 *Estudo de evolução prospectiva de médicos no Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Ordem dos Médicos, Lisboa.
http://www.medicointerno.com/Documentos/Estudo%20Evolucao%20Prospectiva%20Medicos_Relatorio%20Final.pdf

Santana, P., Peixoto, H., Duarte, N., 2014, Demografia Médica em Portugal: Análise Prospetiva. *Acta Médica Portuguesa*: 27 (2), 246-251.

Temido, M., Dussault, G. 2014. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.32, 1:45-54.

Wiskow C., Albreth T., Di Pietro C. 2010, *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*, Policy Brief no 15, Copenhagen, World Health Organization and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/124416/e94293.pdf

World Health Organization, 2010 *Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*, WHO, Copenhagen; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf

World Health Organization, 2010, *Portugal Health System Performance Assessment*, WHO, Copenhagen; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf

World Health Organization 2011, *Global Meeting of Human Resources for Health (HRH) Observatories: Evidence-informed Human Resources for Health policies – the contribution of HRH*

Observatories, Geneva, WHO: http://www.who.int/hrh/resources/observatories_meeting_report.pdf

Documento de Trabalho

Quadro 1: Variação no número de médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos, 2010-2013

	2010	2013	Varição (%)
Médicos	41431	45289	+ 9,31%
Enfermeiros	62566	65872	+ 5,28%
Médicos dentistas	6721	8147	+ 21,21
Farmacêuticos	10895	10980 (2012)	+ 0,007

Fontes: Ordem dos enfermeiros, Dados Estatísticos a 31-12-2013, www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados_Estat.pdf ; Ordem dos médicos dentistas, Os números da Ordem: estatísticas 2013, <http://www.omd.pt/numeros/2013> ; PORDATA, para médicos e farmacêuticos <http://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+saude+medicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros+e+farmaceuticos-144>

Quadro 2: Rácio enfermeiro/médico por sector, 2010, 2012

Sector	Médicos		Enfermeiros		Rácio	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Pais	44930	45289	62566	65809	1,41	1,45
SNS	25939	26359	40417	39698	1,56	1,50
Cuidados hospitalares	17437	18847	29566	31279	1,69	1,66
Cuidados primários	6252	6498	6630	6855	1,06	1,05
USF	1826	2747	1846	2717	1,01	0,99

Fontes: INE, Ordem dos enfermeiros, ACSS



Documento de Trabalho