

OS PROGRAMAS DE SAÚDE

A Gestão de um Programa

MANUEL GARCIA VAZQUEZ, MANUELA OLIVEIRA GARCIA

Centro de Saúde de Odivelas - Odivelas

RESUMO

Trata-se de um artigo de opinião sobre os Programas de Saúde. Qual a importância e benefícios da sua gestão. Os autores baseados nas suas experiências de gestão/administração apresentam sugestões para identificar um problema de saúde, quantificá-lo e analisá-lo. Após a caracterização do problema de saúde os autores destacam o papel primordial do Planeamento (em Saúde) e convidam à colaboração intersectorial entre os vários níveis de gestão dos Serviços de Saúde. Salienta-se a eventual missão dos programas de saúde o seu enquadramento estrutural no ambiente externo (comunidade) e interno (instituições de saúde), os recursos afectados, o seu processo e os resultados a atingir, bem como a sua coordenação. Sugere-se como importante factor de liderança o personagem Gestor de Programa com um determinado perfil e funções. Conclui-se sugerindo aos estrategas da saúde a importância futura dos Programas...

SUMMARY

Health Care Programme Management

An opinion article of Health Care Programmes questioning the effects and benefits of their management. The AA, based on their experience in management/administration, present suggestions to identify, quantify and analyse a problem in health care. After characterising a health care problem, the AA point out the fundamental role of Planning (in health care) and invited interdepartmental collaboration between the various levels of health care managers. The eventual mission of health care programmes is stressed, their structural conformity with the external environment (community) and internal environment (health care institutions), the resources affected, their process and the results to be achieved, as well as their co-ordination. The Programme manager, with a specific profile and duties, is suggested as an important leadership factor. The conclusion advises health care strategists of the future importance of the programmes.

INTRODUÇÃO

Recentemente ocorreram mudanças técnico-organizativas nos serviços de Saúde e embora os utentes sejam os mesmos, bem como os recursos, muito se espera na optimização destes (*serviços*).¹⁻³

A **Saúde**, um direito ou dever, muito depende de um conjunto de factores heterogéneos e variados determinantes do estado de saúde, merecendo ser analisada como algo mais globalizante do que um recurso meramente inerente da prestação dos cuidados de saúde.⁴⁻⁷

Assim, propõe-se uma abordagem dos **Problemas de Saúde** de uma forma *holística, global, continuada, pluri-disciplinar* e também *interligada* com a prestação dos cuidados de saúde.⁸

Consideram-se todos os serviços de saúde (*hospital, centro de saúde e outros*) de uma forma sistémica, isto é como um conjunto de elementos dinamicamente inter-relacionados, definidos com funções para atingir objectivos, englobando além dos equipamentos e materiais, um conjunto heterogéneo de profissionais (*recursos humanos*), prestando imensas actividades no sentido de atingirem objectivos comuns de saúde.⁸

Este sistema (*serviços de saúde*) para funcionar necessita de ser **administrado** e independentemente do modelo de gestão seleccionado importa ressaltar que o resultado obtido depende à partida do conhecimento que o eventual gestor tenha do alvo a atingir.⁹

Toda a gente gere projectos e desde o porteiro ao administrador de uma empresa, executam tarefas em função dos prazos previamente estipulados. Os serviços

de saúde embora não sendo uma verdadeira empresa tem sido proposto a sua gestão em termos empresariais.¹⁰⁻¹⁵

Os actuais Serviços de Saúde, têm uma **estrutura**, desenvolvem um **processo** e atingem **resultados**. Os utentes reconhecem aos serviços de saúde estatais um papel importante na manutenção do seu estado de saúde individual, familiar e comunitário.^{8,16,17}

Apesar das inúmeras críticas apresentadas aos serviços públicos, a saúde de um povo continua a ser reconhecida como um recurso, um direito, uma necessidade ou como um projecto.¹⁻⁴

Tal como um qualquer projecto, a Saúde tem um início e um fim, tem um sentido de oportunidade a manter, envolve várias pessoas e outros meios para a sua manutenção, tem à disposição recursos limitados e obriga a uma sequência de actividades e fases, para se manter.⁸⁻¹⁰

Se quisermos ser gestores, temos de planear o projecto e administrar esse plano...

O bom gestor de um projecto faz com que as coisas aconteçam e rentabiliza a sua actividade de uma forma contínua, previsível e obedecendo a prioridades onde se decide o urgente e o importante.¹⁸⁻²¹

Neste artigo identificam-se alguns dos problemas que originaram os Programas Verticais de Saúde e propõem-se orientações aos gestores desses Programas.

Problemas de Saúde

Programas de Saúde

Gestores de Programa

PROBLEMAS DE SAÚDE

A identificação de um problema de saúde é prioritário a qualquer nível de planeamento ou administração.^{8,18-20}

Habitualmente um **problema de saúde** corresponde a um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela comunidade.²²⁻²⁴

COMO IDENTIFICAR PROBLEMAS

Qualquer clínico atravessa um longo processo de formação que o leva a identificar um problema de saúde num indivíduo.

Um gestor também aprende a reconhecer de uma forma quantitativa e qualitativa os problemas, utilizando diversas técnicas nomeadamente:^{8,25-27}

- **Indicadores**
- **Inquéritos**
- **Pesquisas de consenso**

Medir a saúde de um povo é algo complexo e obriga a leitura de inúmeros dados em variadas fontes nem sempre acessíveis aos profissionais das unidades de saúde do ambulatório ou do âmbito hospitalar.

Nos Centros de Saúde existem habitualmente profissionais médicos especialistas em administração de saúde e epidemiologia, são os **Médicos de Saúde Pública**, especialidade com largas tradições em Portugal, porém recentemente reconhecida como Colégio na Ordem dos Médicos.

Actualmente, um **médico de saúde pública** tem de frequentar um internato complementar de especialidade, do qual faz parte obrigatória uma formação em gestão / administração de saúde numa instituição de prestígio internacionalmente reconhecido, como a Escola Nacional de Saúde Pública.

Sugere-se que todos os profissionais (**gestores ou não**) deverão reconhecer as imensas capacidades dos **especialistas em Saúde Pública** a par de outros **médicos (da carreira hospitalar ou do ambulatório)** para colaborarem também na gestão dos programas e dos serviços de saúde.

Também a **carreira médica de Clínica Geral**, base de todo o sistema actual de prestação de cuidados de saúde, corresponde a um dos níveis fundamentais de diagnóstico dos problemas de saúde de uma comunidade, no entanto os clássicos **arquivos clínicos**, suportes estruturais antiquados e desajustados para as verdadeiras necessidades de apoio à decisão dos estrategas da saúde, exigem uma reformulação imediata para uma eventual rentabilização destas informações.

Um dos métodos mais frequentemente utilizados na identificação e quantificação dos problemas de saúde são os **INDICADORES**.

Os dados existem e são compilados por instituições responsáveis e fidedignas. (**Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Instituto Nacional de Estatística, Direcção Geral da Saúde, Administrações Regionais de Saúde, e outros**).

Na área da saúde podem ser seleccionados imensos indicadores distribuídos por cinco grandes grupo: (**adaptado de A. Tavares/90**)²⁵

1. **Demográficos;**
2. **Socio-Económicos;**
3. **Morbi-Mortalidade;**
4. **Utilização dos Serviços de Saúde**
5. **De Recursos**

1. DEMOGRÁFICOS

- Pirâmide etária
- Caracterização População Sexo/Idade
- Taxa de Natalidade
- Taxa de Fecundidade
- Taxa de Mortalidade

2. SOCIO-ECONÓMICOS

- Nível de Escolaridade
- Rendimento do Agregado Familiar
- Taxa de Desemprego

3. MORBI-MORTALIDADE

- Taxa de Mortalidade Infantil
- Taxa de Mortalidade Materna
- Taxa de Mortalidade por causa específica
- Taxa de Incidência
- Taxa de Prevalência

4. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- Taxa de Consultas Médicas
- Nº Médio de Consultas por Habitante
- Taxa de Cobertura da População pelos Serviços de Saúde
- Taxa de Hospitalização
- Duração Média de Hospitalização
- Taxa de Exames de Diagnóstico
- Duração Média das Consultas do Ambulatório

5. DE RECURSOS

- Nº de Médicos / Habitante (1000 hab)
- Nº de Camas Hospitalares
- Nº de Unidades de Saúde do Ambulatório
- Nº de Enfermeiros / Habitante (1000 hab)
- Acessibilidade às Consultas dos Médicos de Família
- Percentagem de Despesas Públicas da Saúde

PROGRAMAS DE SAÚDE - PLANEAMENTO

As empresas são empreendimentos com fins lucrativos e não trabalham na base da improvisação. O planeamento de uma empresa é um componente importante e imprescindível para os chamados *gestores de sucesso*.^{8,10,18-20}

Também nas instituições de saúde geridas em termos empresariais o *planeamento* ocupa um papel primordial onde são definidos objectivos a atingir e o que fazer para alcançar esses objectivos.^{25,27-30}

A compreensão do planeamento engloba a necessidade de trabalhar a incerteza e a capacidade de modificar algo (*decisão*).

AS PREMISSAS DO PLANEAMENTO

PRESENTE → FUTURO

Onde estamos agora → PLANEAMENTO → Onde pretendemos chegar

SITUAÇÃO ACTUAL → PLANOS → OBJECTIVOS PRETENDIDOS

O Serviço Nacional de Saúde com toda a sua estrutura e processo tem objectivos organizacionais que podemos definir:^{1-4,31}

Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças

As Instituições de Saúde dependem do Ministério (da Saúde) que estabelece a Política a implementar em termos nacionais (*Nível Normativo*).

Toda a estrutura hierárquica definida pelo próprio Ministério, Direcção Geral da Saúde, Departamento dos Recursos Humanos, Administrações Regionais de Saúde, Sub-Regiões de Saúde e outras, seguem as mesmas directrizes (normas) e orientações para poderem alcançar os objectivos organizacionais anteriormente definidos.

Foi neste ambiente que foram definidos os *Programas Verticais de Saúde* e qualquer profissional de saúde reconhece o valor deste modelo de gestão na redução e controlo das grandes preocupações ou problemas (de saúde).

Uma das grandes bases da gestão dos Programas de Saúde tem por orientação o modelo de *Gestão por Objectivos*.^{8-10,28,29}

A gestão por objectivos ou administração por resultados foi largamente difundida por *Peter F. Drucker em 1954*, considerado o criador deste modelo.

Na década de 1950 as empresas nos Estados Unidos atravessavam uma crise com queda das suas margens de lucro e pressão económica da época obrigando a reduzir despesas e alcançar melhores resultados.

A gestão por objectivos surgiu como um modelo que avaliava e controlava as áreas e organizações e como sistema dinâmico integrava a necessidade da empresa alcançar os seus objectivos.

Este modelo (*Gestão por Objectivos*) tem uma forte preocupação com os resultados e encontrou nos gestores da saúde grandes adeptos pois trabalham, à semelhança dos outros administradores, com:

- Problemas (de Saúde) vários;
- Têm uma Estrutura de recursos e de equipamentos limitados;
- Têm um Processo de seguimento da saúde das populações com objectivos;
- Trabalham com os Resultados (indicadores de processo e de saúde);
- E têm necessidade de reduzir as despesas económicas.

Os *Programas Verticais de Saúde* foram definidos como um conjunto organizado, coerente e integrado de actividades e serviços, realizados simultaneamente, com os recursos necessários, e com a finalidade de alcançar objectivos determinados, em relação a problemas de saúde precisos e dirigidos a uma população definida. (Pineault 1982)⁸

Em cada *ambiente* (país, zona de saúde, sub-região de saúde ou zona funcional) adaptaram-se os procedimentos e tentou-se padronizar os modos de execução face aos condicionalismos do meio.

Todo este enquadramento e complexo processo do planeamento pode ser simplificado e descrito em *três níveis de gestão*.^{8,18-20,32}

- **Planeamento Estratégico;**
- **Planeamento Tático ou Intermédio;**
- **Planeamento Operacional.**

• **Planeamento Estratégico**

Este nível de planeamento é amplo e abrange toda a organização, sendo os objectivos definidos a longo prazo. Os estratégias de uma empresa definem os grandes horizontes desse empreendimento.

• **Planeamento Tático ou Intermédio**

É feito a nível Departamental ou da Direcção de Serviços, sendo os objectivos estabelecidos a médio prazo.

• **Planeamento Operacional**

Um dos níveis mais importantes e suporte de todo o sistema é o *nível operacional* onde se estabelecem os objectivos a curto prazo, com tarefas e metas específicas.

PROGRAMAS DE SAÚDE – GESTORES DE PROGRAMA

Conforme já se disse a saúde constitui actualmente um direito das populações e tem merecido a atenção dos grandes gestores (governo) do nosso país.

Na regulamentação dos Serviços de Saúde os programas verticais estão previstos com a finalidade de reduzirem e controlarem os grandes problemas de saúde pública.¹⁻⁴

No nosso país as grandes causas de morte e morbidade têm orientado os planeadores da saúde (estrategas) e identificaram-se como prioritários de intervenção alguns programas de saúde, nomeadamente:

- **Cardio-Cerebrovasculares;**
- **Diabetes;**
- **Sida;**
- **Toxicodependência;**
- **Alcoolismo**
- **Cancro.**

Outros *Programas* podem ser definidos e podem organizar-se segundo três dimensões: (**adaptado de Pineault /1987**)⁸

Promoção de Saúde e Prevenção – doenças cardiovasculares, doenças infecciosas, acidentes, suicídio, e outros

Determinado Ambiente – saúde escolar, saúde ocupacional, domicílios e outros

Dirigido a certas Populações Alvo – saúde materna, saúde infantil, adolescentes, mulheres em idade fértil (planeamento familiar), idosos, deficientes e outras.

Também se podem definir programas que analisem os problemas, intervindo no *indivíduo e no ambiente* de uma forma horizontal, isto é interligando as actividades dos clássicos programas verticais de saúde.

Um dos exemplos é o **CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention)** com expressão em Portugal, nomeadamente nos distritos de Setúbal e Lisboa.³³

Assim, tanto a nível Nacional como nas Zonas de Saúde ou das Unidades Funcionais (Centros de Saúde, Hospitais) identificaram-se problemas e dirigiu-se a atenção dos profissionais dessas unidades para o seu controlo e redução.

GESTORES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

Sugere-se que o Coordenador ou Responsável pela administração de um programa de saúde deva comportar-se como um *Gestor*.

Gerir um programa de saúde é uma tarefa a ser desempenhada com técnica e exige formação em gestão/administração, além de outros conhecimentos.

O *Gestor* deve ser um profissional reconhecido pelos parceiros como *leader* e capaz de influenciar todos para o problema.

A capacidade de um gestor para influenciar os seus parceiros exige uma contínua e intensa actividade educativa.

O *Perfil do Gestor de Programa* está dependente das funções que lhe são atribuídas, no entanto devemos reconhecer

a importância da *liderança* em instituições tipo unidades de saúde onde trabalham inúmeros sectores profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos e outros).

A *liderança* deverá ser analisada como uma função e não como uma qualidade pessoal, devendo a gestão de um programa de saúde fazer parte integrante da administração global de toda a instituição (tipo unidade de saúde).¹⁸

Sugere-se que um **Gestor de um Programa de Saúde**

- Deverá ser um Médico, com experiência clínica, conhecedor dos problemas de saúde nacionais, com actividade reconhecida tanto no hospital como no ambulatório (tipo Centro de saúde);
- Deverá possuir alguma formação pós-graduada em áreas básicas, nomeadamente:
 - epidemiologia e estatística,
 - gestão e administração,
 - áreas clínicas dos problemas em análise
- Deverá ter uma estrutura de suporte (espaço físico, meios informáticos, apoio de secretariado, meios de comunicação, e acessoria em áreas específicas);
- Deverá ser reconhecido formalmente pela instituição;
- Deverá apresentar o seu Plano e Relatórios periódicos, bem como a Avaliação regular do Programa quanto à estrutura, processo e resultados.

FUNÇÕES DO GESTOR DE UM PROGRAMA DE SAÚDE

Conforme se disse o Perfil do Gestor de Programa está dependente das funções a desempenhar e a sua liderança será inerente desse processo.

Habitualmente um Gestor de Programa está integrado numa estrutura (ex: Direcção de Serviços de Saúde), articula-se com outros Gestores e implementam um Plano de todo o departamento enquadrado na instituição global.⁸

Propõem-se algumas das *funções* a operacionalizar pelos Gestores de Programa:^{34,35}

- Planear e definir procedimentos de trabalho;
- Organizar as actividades;
- Delegar responsabilidades;
- Supervisionar e controlar a delegação das responsabilidades;
- Avaliar e controlar o processo inerente do programa;
- Avaliar e controlar os resultados;
- Promover a divulgação, discussão e execução de normas, orientações técnicas ou outros instrumentos de trabalho;
- Incentivar e propor medidas adequadas para a prevenção e controlo dos Problemas de Saúde em análise;
- Propor acções de formação para os quadros técnicos e deverá ser o elemento de eleição para a concretização de toda a estratégia planeada para o programa;
- Interpretar e transmitir directrizes ou orientações;
- Colaborar na elaboração dos Planos de Actividades;
- Coordenar os vários esforços e elementos;
- Centralizar dados epidemiológicos referentes aos problemas de saúde;
- Estimular e vitalizar todos os indivíduos que estejam contribuindo com os seus esforços.

ESTRUTURA DO PROGRAMA

Até este momento identificámos os *Problemas de Saúde*, propusémos os *Programas*, e sugerimos uma *Coordenação* por um Gestor – Médico com um determinado *perfil* e com *funções* definidas.

Vamos propor uma organização deste processo identificando as estruturas existentes e a sua possível articulação.

A *base da estrutura* dos programas deve fundamentar-se nas actividades dos profissionais dos *Centros de Saúde* e dos *Hospitais* reconhecidos como os prestadores eventuais dos cuidados de saúde aos utentes.

A nível de um país a política de saúde (Ministério da Saúde) atendendo aos problemas define normativamente as actuações ou *Estratégia Nacional*.

A *Direcção Geral da Saúde* identifica as necessidades de saúde, de serviços e de recursos. Também se sugere que seja a Direcção Geral de Saúde que defina os programas a implementar em termos nacionais e que seja esta instituição que coordene todo o processo de *saúde* de âmbito nacional. (**NÍVEL NORMATIVO**)

A nível das zonas de saúde (**Administração Regional de Saúde**) compete receber as orientações e implementá-las no seu ambiente, definindo a sua estratégia das sub-regiões de saúde. Sugere-se a necessidade de coordenação deste processo no âmbito da zona de saúde. (**NÍVEL ESTRATÉGICO**)

A nível das zonas funcionais de saúde os hospitais e centros de saúde, de uma forma integrada operacionalizam as suas actividades para alcançar os objectivos dos programas de saúde. (**NÍVEL OPERACIONAL**)

Poderá ocorrer alguma desorientação e mesmo desco-ordenação a nível das Sub-Regiões de Saúde se não for reconhecido pelos gestores destas instituições o seu nível de administração dos programas de saúde ou uma liderança adequada ao nível contingencial do ambiente.

As Sub-Regiões de Saúde ocupam um nível intermédio ou tático, gerindo os recursos e propondo uma melhor articulação entre hospitais e centros de saúde. (**NÍVEL TÁCTICO OU INTERMÉDIO**)

CONCLUSÃO

Esta opinião resultou de uma experiência de coordenação adquirida num dos programas prioritários da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo / Sub-Região de Saúde de Lisboa (Programa das Cardiovasculares e Diabetes), de uma experiência de planeamento e controlo e coordenação de programas a nível do Centro de Saúde de Odivelas, de revisão bibliográfica e ensaio de algumas soluções de gestão encontradas no ambiente das unidades de saúde do distrito de Lisboa.

Como conclusão sugere-se uma reflexão conjunta de todos os profissionais de saúde, coordenados pelos responsáveis formais dos modelos de gestão (Ministério da Saúde e Director Geral da Saúde) sobre a necessidade dos Programas de Saúde, da sua estrutura, do processo e resultados a atingir.

Na nossa opinião os programas de saúde têm virtudes e necessitam de um apoio mais formal dos grandes líderes do nosso país, propondo-se uma reestruturação a qualquer dos níveis de administração...

BIBLIOGRAFIA

1. Portugal. Diário República I Série - A nº12. Dec Lei nº11 / 93. 15/01/93. (129:134)
2. Portugal. Diário da República I Série - A nº229. Dec Lei nº335/93. 29/09/93.(5460:5466)
3. Portugal. Diário da República I Série - A nº231. Dec Lei nº345/93. 01/10/93. (5545:5551)
4. Portugal. Diário da República I Série nº 195. Dec Lei nº48/90. 24/08/90. (3452:3459)
5. CAMPOS A C: Saúde, o custo de um valor sem preço. Ed Livros Técnicos e Científicos, Lda. Lisboa 1983
6. Cadernos Sedes. ed Multinova. Lisboa 1987
7. OMS: As metas da Saúde para todos. Ed em Português. Ministério da Saúde. 1985. Lisboa
8. PINEAULT R, DAVELUY C: La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. Ed Masson, Barcelona. 1987 (trad espanhola)
9. OMS: Si vous êtes chargé de ... Guide de Gestion à l' usage des soins de santé primaires au niveau intermédiaire. Genève. 1981
10. RANDOLPH WA, POSNER BZ: Planeamento e Gestão de Projectos. Ed Presença. Lisboa 1988 (trad portuguesa)
11. VASCO RS: A Receita Particular. Rev Exame 1994; 6: 76-80
12. Vasco RS. Bem-Vindos ao Hospital do Futuro. Rev Exame 1994; 6: 82-84
13. JNR: Reengenharia na Saúde. Nº1128. Expresso Junho 1994
14. HIGGINS W: Rationing Medical Care. Family Medicine 1991; 23: 292-296
15. KALUZNY A, WARNER DM, WARREN DG, ZELMAR WN: Management of Health Services. Ed Prentice-Hall London 1982
16. DONABEDIAN A: Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Harvard Univ Press, Cambridge, Mass. 1973
17. Pro Teste nº129. Set 1993. Em Portugal. Como estamos de Saúde.
18. CHIAVENATO I: Teoria Geral da Administração. Ed Makron Books do Brasil 1993
19. HAMPTON DR: Management. Ed McGraw-Hill. Singapura 1986
20. BARANGER P, HELFER JP, BRUSLERIE et al: Gestão. Ed sílabo. Lisboa 1993
21. CHIAVENATO I: Iniciação à Organização e Controlo. Ed McGraw-Hill. São Paulo 1988
22. APMCG: CIPS-2 Definida. Lisboa 1988 (trad portuguesa)
23. CAEIRO RT: Registos Clínicos em Medicina Familiar. Ministério da Saúde. Lisboa 1991
24. NUNES L, VAZQUEZ M, BALEIRAS S: Alguns Problemas em Clínica Geral. Ed APMCG Lisboa 1990
25. TAVARES A: Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde. 1990
26. DELP P, THESEN A, MOTIWALLA J, SESHADRI N: Systems Tools for Project Planning. 1977
27. IMPERATORI E, GIRALDES MR: Metodologia do Planeamento da Saúde. ENSP. Lisboa 1982
28. DRUCKER PF: As Organizações sem fins lucrativos. Difusão Cultural. Lisboa 1990
29. DRUCKER PF: The Practice of Management, New York. Harper and Row 1954
30. SCHODERBEK CG, SCHODERBEK P, KEFALAS AG: Management Systems. Ed Business pub Dallas 1975
31. CHARLTON BG, CALVERT N, WHITE M, e outros: Health promotion priorities for general practice: constructing and using *indicative prevalences* BMJ 1994; 308: 1019-1022
32. STONER JAF: Administração. Prentice/Hall
33. VAZQUEZ M et al: Linhas Orientadoras do Programa CINDI-LISBOA. ARSL. Lisboa 1993
34. Ministério da Saúde. DGCS. Funções do Coordenador do Programa de Controlo da Hipertensão e de Doenças Cardio-Vasculares. Circ Normativa nº2. 14/02/90
35. Ministério da Saúde. ARSL. Programa de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e Diabetes. Lisboa. 1993